



Alakärppä Jenni-Maria

Käyttäytymishäiriöiden yhteys nuorisorikollisuuteen

Kandidaatin tutkielma/ Bachelor's Thesis
KASVATUSTIETEIDEN TIEDEKUNTA
Erityispedagogiikka/ Special Education
2020

Oulun yliopisto

Kasvatustieteiden tiedekunta

Käyttäytymishäiriöiden yhteys nuorisorikollisuuteen (Jenni-Maria Alakärppä)

Kandidaatin tutkielma, 34 sivua, 10 liitesivua

Kesäkuu 2020

Tutkielman aiheena on käyttäytymishäiriöt ja niiden yhteys nuorisorikollisuuteen. Tavoitteena on selvittää, mitä ovat käyttäytymishäiriöt sekä tarkastella aikaisempien tutkimusten valossa sitä, millainen yhteys käyttäytymishäiriöillä on nuorisorikollisuuteen. Tutkielmassa myös käydään läpi käyttäytymishäiriöt käsitteen määrittelyn vaikeutta sekä nuorisorikollisuuden määrittelyä. Tutkielma on tehty narratiivisena kirjallisuuskatsauksena, jossa aikaisempien tutkimusten tuloksista pyritään saamaan vastaus asetetuille tutkimuskysymyksille luomalla niistä yhteenveto. Tutkielman tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

Tutkielman ensimmäinen tutkimuskysymys on ”*Mitä ovat yleisimmät käyttäytymisen häiriöt?*” Tässä tutkimuskysymyksessä käydään läpi viittä eri käyttäytymishäiriöihin kuuluvaa häiriötä: aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriö, käytöshäiriö, uhmakkuushäiriö, ahdistuneisuushäiriöt sekä masennus. Häiriöt on rajattu niiden yleisyyden perusteella ja kutakin häiriötä tarkastellaan ensimmäisessä tutkimuskysymyksessä omissa kappaleissaan.

Toinen tutkimuskysymys on ”*Millainen yhteys käyttäytymishäiriöillä on nuorisorikollisuuteen?*” Tässä tutkimuskysymyksessä tarkastellaan viiden aikaisemman tutkimuksen kautta käyttäytymishäiriöiden yhteyttä nuorisorikollisuuteen. Katsauksessa tarkastellaan eri häiriöiden itsenäistä kuin myös useamman häiriön päällekkäisyyden yhteyttä nuorisorikollisuuteen.

Tutkielma etenee seuraavanlaisesti. Alussa perustellaan tutkielman aihe, käydään läpi tutkielman kulkua, tutkimusmenetelmän valintaa ja tutkimuskysymykset. Seuraavaksi käydään läpi käyttäytymishäiriöt ja nuorisorikollisuus -termien määrittelyä. Näiden jälkeen käsitellään tutkimuskysymykset. Lopuksi tehdään tuloksista yhteenveto ja johtopäätökset, pohditaan tutkielmaa ja sen tuloksia sekä jatkotutkimusehdotuksia.

Avainsanat: käyttäytymishäiriöt, nuorisorikollisuus, ADHD, uhmakkuushäiriö, käytöshäiriö, masennus, ahdistuneisuushäiriöt

The topic of this bachelor's thesis is behavioral disorders and its connection to juvenile delinquency. The objective of this study is to research throughout earlier studies what are behavioral disorders and what is the connection between behavioral disorders and juvenile delinquency. The thesis also defines the term of juvenile delinquency and reviews the difficulty of defining the concept of behavioral disorders. This study has been made as narrative literature review, in which the results of earlier research will provide an answer to the questions of this study and make summary of them.

The first research question of this study is "*What are the most common behavioral disorders?*" This study covers five different types of behavioral disorders: attention deficit hyperactivity disorder, conduct disorder, oppositional defiant disorder, anxiety disorders and depression. Disorders are defined on the basis of their prevalence and each disorder is described separately on their own section.

The second research question is "*What is the connection between behavioral disorders and juvenile delinquency?*". For answering the objective of this study the connection between behavioral disorders and juvenile delinquency are described through five earlier studies. The review describes the connection as independent disorders but also as comorbid disorders.

The study proceeds as follows. At the beginning the topic of the study is justified, basis of the study is described and the choice of research method is reviewed. Next, the definition of behavioral disorders and juvenile delinquency is described. After this research questions are addressed. Finally, the results are summarized and conclusions are drawn, the thesis and its results are discussed as well as suggestions for further research.

Keywords: behavioral disorders, juvenile delinquency, ADHD, oppositional defiant disorder, conduct disorder, depression, anxiety disorders

Sisältö

1	Johdanto	5
2	Tutkimuksen toteutus.....	6
2.1	Tutkielman lähtökohdat ja tutkimuksen kulku.....	6
2.2	Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä.....	7
2.3	Tutkimuskysymykset.....	8
3	Teoreettinen viitekehys.....	9
3.1	Käyttäytymishäiriöiden yleistä määrittelyä.....	9
3.2	Nuorisorikollisuus.....	10
4	Käyttäytymishäiriöt.....	12
4.1	Aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriö.....	12
4.2	Käytöshäiriö ja uhmakkuushäiriö.....	13
4.3	Ahdistuneisuushäiriöt.....	15
4.5	Masennus.....	17
5	Käyttäytymishäiriöiden yhteys nuorisorikollisuuteen.....	19
5.1	Tutkimuksia käyttäytymishäiriöiden yhteydestä nuorisorikollisuuteen.....	19
6	Johtopäätökset ja yhteenveto.....	23
7	Pohdinta.....	26
	Lähteet.....	28
	Liitteet.....	34

1 Johdanto

Tämän tutkielman tarkoituksena on selvittää narratiivisen kirjallisuuskatsauksen kautta, millainen yhteys käyttäytymishäiriöillä on nuorisorikollisuuteen. Julkisessa keskustelussa on noussut usein esille nuorten yleinen pahoinvointi, levottomuus ja häiriökäyttäytyminen. Sosiaalisessa mediassa sekä uutispalstoilla tämä näkyy usein päivityksinä siitä, miten tämä pahoinvointi ja levottomuus ilmenee yhteiskunnassa koulukiusaamisen, nuorten tekemän ilkivallan ja rikosten sekä syrjäytymisen muodossa (ks. Mattila, Iltalehti, 23.10.2019; Kaleva, 10.5.2019; Kunnas, KD-lehti, 3.10.2019; Koskinen, Aamulehti, 31.10.2017). Ilmiön ajankohtaisuuden ja sen vakavuuden vuoksi koen tärkeäksi tutkia näiden käsitteiden välistä yhteyttä.

Useiden tutkijoiden tutkimuksiin pohjautuen Elonheimo (2010) toteaa, että rikollisuus on yleisintä nuoruudessa (Elonheimo, 2010, s.14). Rikoksiin syyllistynvä nuori on vaarassa joutua huonoon seuraan, syrjäytymis- ja rikoskierteeseen, jos asiaan ei puututa (Honkatukia & Kivivuori, 2006, s. 1). Haapasalo (2006) toteaa, että valitettavasti liian harva käytösongelman oireileva lapsi tai nuori saa ajoissa apua. Useissa tutkimuksissa on havaittu, että mitä nuorempina käyttäytymisongelmat alkavat, sitä kroonisempaa ja vakavampaa rikollinen käyttäytyminen on aikuisiässä. (Haapasalo, 2006, s. 147,123.) Käyttäytymishäiriöiden varhainen tukeminen on tärkeää, jotta rikollisten tekojen kierre ei pääsisi hallitsemaan nuoren elämää ja aikuisuutta.

On tärkeää tutkia käyttäytymishäiriöiden ja nuorisorikollisuuden yhteyttä, jotta ennaltaehkäiseviä tukitoimia voidaan kohdentavasti antaa. Haapasalo (2006) viittaa Loeberin & Farringtonin (2001) pitkittäistutkimukseen, jonka perusteella 25-50% lapsista, joilla on epäsosiaalisia käytösongelmia, kehittyy rikolliseen suuntaan jo 12.-13. ikävuoteen mennessä (Haapasalo, 2006, 123).

Kiinnostus käyttäytymisen häiriöihin sekä nuorisorikollisuuteen lähti aluksi puhtaasti mielenkiinnosta. Päätös tehdä aiheesta kandidaatin tutkielma sai lisäpontta erityispedagogiikan opintojeni harjoittelusta, jonka mielenkiintoni seurauksena päätin tehdä erityiskoulussa, jossa oli haastavasti käyttäytyviä oppilaita. Kandidaatin tutkielman taustalla on ajatus kerätä taustatietoa tulevaisuuden Pro Gradu -tutkielmaani varten.

2 Tutkimuksen toteutus

Tässä luvussa esitellään tutkielman lähtökohdat, tutkimuskysymykset sekä perustellaan kirjallisuuskatsauksen valinta tutkielman tutkimusmetodiksi. Kandidaatintutkielma on toteutettu narratiivisena kirjallisuuskatsauksena, jonka tarkoituksena on selvittää mahdollinen yhteys käyttäytymishäiriöiden sekä nuorisorikollisuuden välillä.

2.1 Tutkielman lähtökohdat ja kulku

Ensiksi valittiin tutkielman aihe omista mielenkiinnonkohteista. Tutkimusongelman hahmottamisen ja rajauksen jälkeen päällekkäisyyden välttämiseksi tarkistettiin, että aiheesta ei ole tehty aikaisemmin kandidaatin tutkielmaa. Alustavien tutkimuskysymysten muodostamisen jälkeen lähdettiin etsimään aineistoa Oulun yliopiston sekä suomenkielisistä, että kansainvälisistä tietokannoista, kuten Oula-finna, Eric, ProQuest, sekä Ebsco. Löydetyn aineiston perusteella rajattiin aihetta tarkemmin ja määriteltiin, mitä tarkoitetaan käyttäytymishäiriöt käsitteellä tässä tutkielmassa.

Ruoho, Ihatsu & Kuorelahti (2002) toteavat, että vaikka käyttäytymisen häiriöistä onkin paljon kirjallisuutta, määritelmiä ja kuvauksia, aiheen yksiselitteinen määrittelemine ei ole mahdollista, sillä käyttäytymishäiriöiden määrittely riippuu aina määrittelijän näkökulmasta ja määrittelyn tarkoituksesta (Ruoho, Ihatsu & Kuorelahti, 2002, s. 252,254). Käyttäytymishäiriöiden erilaisia määrittelyjä käsitellään luvussa 3. Tässä kappaleessa määritellään myös se, mitä häiriöitä sisällytetään käyttäytymishäiriöt käsitteeseen tässä tutkielmassa. Tämän kirjallisuuskatsauksen selkeyden vuoksi käyttäytymishäiriöt termiin sisällytetään aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriö (ADHD), käytöshäiriö (CD), uhmakkuushäiriö (ODD), ahdistuneisuushäiriöt sekä masennus. Kukin näistä häiriöistä on mainittu olevan nuorten yleisimpien häiriöiden joukossa (Isometsä, 2017, s.253, 259; Pihlakoski & Rintahaka, 2016, s. 243; Aronen & Lindberg, 2016, s. 254, 258; Ranta & Koskinen, 2016, s. 266).

Tutkielma etenee seuraavanlaisesti. Aluksi käydään läpi tutkimuksen toteutusta, tutkimusmenetelmän valintaa sekä tutkimuskysymykset. Tämän jälkeen käydään läpi nuorisorikollisuuden ja käyttäytymishäiriöiden käsitteiden määrittelyä. Kappaleessa neljä vastataan ensimmäiseen tutkimuskysymykseen käyttäytymishäiriöistä ja kappaleessa viisi vastataan toiseen kysymykseen koskien käyttäytymishäiriön ja nuorisorikollisuuden välistä yhteyttä. Näiden jälkeen käydään läpi johtopäätöksiä, keskeisiä tuloksia, pohdintaa sekä esitetään jatkotutkimusaiheita.

2.2 Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen. Ajatus on, että todellisuus on moninainen, tapahtumat muokkaavat toinen toistaan ja näin ollen on mahdollista löytää monen suuntaisia suhteita. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkimuksen kohdetta pyritään tarkastelemaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara, 2013, s. 161.) Salminen (2011) viittaa Haaparantaan & Niiniluotoon (1986) ja toteaa, että tutkielman metodin on täytettävä tieteen metodille asetetut yleisvaatimukset, joita ovat muun muassa julkisuus, kriittisyys, itsekorjautuvuus ja objektiivisuus (Salminen, 2011, s.1).

Kirjallisuuskatsaus on metodi ja tutkimustekniikka, jossa tavoitteena on tutkia jo tehtyä tutkimusta. Lähtökohtana on koota tutkimuksien tuloksia, jotka ovat perustana uusille tutkimustuloksille. (Salminen, 2011, s. 4.) Atjonen (2010) painottaa, että kirjallisuuskatsaus ei saa olla vain aiempien tutkimuslöydösten referaatti, vaan se perustuu tietystä temasta ilmentyneeseen aikaisempaan tutkimukseen, kirjallisuuteen, artikkeleihin ja teorioihin. Löydettyä tietoa esitellään, analysoidaan sekä kritisoidaan ja vertaillaan. (Atjonen, 2010, s. 20.) Myös Salminen (2011) korostaa ajatusta, että kirjallisuuskatsaus ei ole pelkästään referaatti, ilman analyttistä tai muutoin perusteellista otetta ja nostaa esille kirjallisuuskatsauksen englanninkielisen termin ”review”, jolla viitataan arviointiin, joka tehdään uudelleen ja kriittisesti (Salminen, 2011, s.5).

Salminen (2011) siteeraa Baumeisterin ja Learyn (1997) syitä kirjallisuuskatsaukselle ja toteaa, että kirjallisuuskatsauksen tavoitteena ei pelkästään ole kehittää olemassa olevaa teoriaa vaan myös rakentaa uutta. Kirjallisuuskatsaus rakentaa kokonaiskuvaa tietystä asiakokonaisuudesta sekä sen avulla pyritään tunnistamaan ongelmia. (Salminen, 2011, s. 3.) Salminen (2011) viittaa Finkin (2005) määritelmään, jossa kirjallisuuskatsaus on toistettavissa oleva menetelmä, jolla tunnistetaan, arvioidaan ja tiivistetään valmiina oleva ja julkaistu tutkimusaineisto. Katsaus perustuu alkuperäisestä tutkimustyöstä tehtyihin johtopäätöksiin (Salminen, 2011, s. 5).

Salminen (2011) jakaa kirjallisuuskatsauksen tyypit kolmeen jaotteluun: kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen, systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen sekä meta-analyysiin. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa tutkittava ilmiö pystytään kuvaamaan laaja-alaisesti ja tarvittaessa luokittelemaan tutkitavan ilmiön ominaisuuksia. Salminen jakaa kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vielä narratiiviseen ja integroivaan katsaukseen (Salminen, 2011, s. 6). Tutkielman tutkimusmenetodiksi harkinnan jälkeen valittiin narratiivinen kirjallisuuskatsaus, jonka takia muita kirjallisuuskatsauksen muotoja ei avata sen tarkemmin tässä luvussa.

Narratiivisessa kirjallisuuskatsauksessa käsiteltävästä aiheesta pystytään antamaan laaja kuva tai siinä voidaan kuvailla käsiteltävän aiheen historiaa tai kehityskulkua. Narratiivinen katsaus voidaan jakaa vielä kolmeen: toimitukselliseen, kommentoivaan ja yleiskatsaukseen. Tarkemmin ilmaistuna, tämän katsauksen metodi on narratiivinen yleiskatsaus. Sen tarkoituksena on tiivistää aiemmin tehtyjä tutkimuksia ja sen analyysin muoto on kuvaileva synteesi, jonka yhteenvedo on tehty ytimekkäästi ja johdonmukaisesti. Narratiivinen katsaus auttaa ajantasaistamaan tutkimustietoa. (Salminen, 2011, s. 7.)

2.3 Tutkimuskysymykset

Tässä tutkielmassa käydään läpi käyttäytymishäiriöiden sekä nuorisorikollisuuden yhteyttä kahden tutkimuskysymyksen kautta. Ensimmäisessä tutkimuskysymyksessä kuvaillaan yleisyyden perusteella rajattua viittä käyttäytymishäiriötä kattavasti. Toisessa tutkimuskysymyksessä pyritään vastaamaan tutkimuskysymykseen viiden aikaisemman tutkimuksen kautta.

Tutkimuskysymykset muotoiltiin seuraavanlaisesti:

- 1. Mitä ovat yleisimmät käyttäytymishäiriöt?*
- 2. Millainen yhteys nuorten käyttäytymishäiriöillä on nuorisorikollisuuteen?*

3 Teoreettinen viitekehys

Tässä kappaleessa määritellään tutkimuksen kaksi keskeistä käsitettä, jotka ovat käyttäytymishäiriöt sekä nuorisorikollisuus. Lisäksi kappaleessa määritellään, miten termit on rajattu ja määritelty tässä tutkielmassa.

3.1 Käyttäytymishäiriöiden yleistä määrittelyä

Eri tieteenalojen sisällä vaikuttavat käsitykset ihmisen perusolemuksesta. Näin ollen ne sisältävät oletuksen käyttäytymishäiriöiden ilmenemisestä, häiriöiden syistä sekä niiden tukemiseen tarvittavista toimenpiteistä. Sosiologinen tulkinta käyttäytymishäiriöistä määrittelee käyttäytymishäiriöiden olevan aktiivista kapinointia tai passiivista sopeutumista seurauksena yhteiskunnallisista rakenteista tai yhteisön asettamista liiallisista vaatimuksista. Pedagoginen tulkintakehys taas tulkitsee käyttäytymishäiriöiden olevan opiskelun vastustamista tai vetäytymistä oppimisesta. Näiden katsotaan olevan seurausta yksilön sisäisistä tai ulkoisista, tahdosta riippumattomista tai tahdonvaraisista oppimista estävistä tekijöistä. (Ruoho, Ihatsu & Kuorelahti, 2002, s. 252,-256.)

Käyttäytymiseen liittyviä pedagogisia ongelmia kuvataan Suomessa esimerkiksi termeillä käyttäytymishäiriöt ja sosioemotionaaliset ongelmat. Ruotsinkielessä käyttäytymishäiriö termistä käytetään *beteende problem* ja englannin kielessä *behavior disorder* (BD) tai *emotional and behavioral disorder* (EBD). Saksankielessä termistä käyttäytymishäiriöt käytetään sanaa *die Verhaltensstörung*. (Ruoho, Ihatsu & Kuorelahti, 2002, s. 249.)

Käyttäytymishäiriöt termin määrittely yksiselitteisesti on haastavaa. Ruoho, Ihatsu & Kuorelahti (2002) viittaavat Elkindin (1999) teokseen, jossa hän toteaa, että yhteiskunnalliset ajattelu- ja toimintatavat näyttävät määrittävän käyttäytymishäiriöitä enemmän kuin teoreettiset ja tieteelliset faktat. Poikkeavan käyttäytymisen tulkinta ja rajaaminen ovat alttiina kulttuurisille, historiallisille sekä määrittelijän ihmiskuvaan liittyville tekijöille. (Ruoho, Ihatsu & Kuorelahti, 2002, s. 252.) Takala & Kontu (2016) toteavat myös, että haastavan käyttäytymisen määrittely on suhteessa sosiaalisiin tilanteisiin sekä esimerkiksi koulun käyttäytymismallien kulttuuriin (Takala & Kontu, 2016, s. 81). Ruoho, Ihatsu & Kuorelahti (2002) toteavat, että käyttäytymishäiriöiden yksiselitteinen, ajasta ja paikasta riippumaton määrittely on mahdotonta, eikä siihen tule edes pyrkiä (Ruoho, Ihatsu & Kuorelahti, 2002, s. 252.)

Käyttäytymishäiriöt termi voidaan nähdä erityispedagogisena yläkäsitteenä, joka on perinteisesti voitu jakaa emotionaalisiin ja sosiaalisiin vaikeuksiin. Ruoho, Ihatsu & Kuorelahti (2002) ovat jakaneet käyttäytymishäiriöt emotionaalisiin eli sisäänpäin suuntautuneisiin (esim. masennus ja ahdistuneisuus) ja sosiaalisiin eli ulospäinsuuntautuneisiin (esim. aggressiivisuus, tarkkaavaisuus ja hyperaktiivisuus ongelmat). Todellisuudessa monilla lapsilla ja nuorilla esiintyy sekä emotionaalisia ja sosiaalisia ongelmia samanaikaisesti ja ne ovat vahvasti yhteydessä toisiinsa. (Ruoho, Ihatsu & Kuorelahti, 2002, s. 249-250.) Tässä katsauksessa käyttäytymishäiriöt termiä käytetään kuvaamaan sekä emotionaalisia (masennus ja ahdistuneisuushäiriöt), että sosiaalisia (ADHD, CD, ODD) häiriöitä.

Tutkielmassa nähdään tärkeäksi tarkastella sekä emotionaalisia (masennus ja ahdistuneisuushäiriöt) sekä sosiaalisia (CD, ODD, ADHD) käyttäytymishäiriöitä, jotta käsitteiden välisestä yhteydestä saadaan todenmukainen kuva. Tässä kirjallisuuskatsauksessa käyttäytymishäiriöt termiin sisällytetään aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriö (ADHD), käytöshäiriö (CD), uhmakkuushäiriö (ODD), ahdistuneisuushäiriö sekä masennus. Rajausta tehtiin viiteen edellä mainittuun häiriöön, jotta kunkin häiriön yhteyttä ja niiden yhteisvaikutusta nuorisorikollisuuteen voidaan kattavasti tarkastella. Rajauksen perusteena on se, että kukin edellä mainituista häiriöistä on mainittu olevan nuorten yleisimpien häiriöiden joukossa (ks. Isometsä, 2017, s. 259; Pihlakoski & Rintahaka, 2016, s. 243; Aronen & Lindberg, 2016, s. 254, 258; Ranta & Koskinen, 2016, s. 264, 266; Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye & Rohde, 2015, s. 356; Sourander & Marttunen, 2016, s.117). Tarkemmin kutakin käyttäytymishäiriötä aukaistaan luvussa neljä, jossa vastataan ensimmäiseen tutkimuskysymykseen.

3.2 Nuorisorikollisuus

Kriminologian professorin Janne Kivivuoren (2006) mukaan nuoruus on elämänkaaren rikosaktiivisinta aikaa tietyissä rikoslajeissa. Rikoslajit, joiden tekijänä korostuvat nuoret ovat erityisesti varkaus- ja pahoinpitelyrikokset. (Kivivuori, 2006, s.15.) Myös Elonheimo (2010) toteaa useita muita tutkijoita siteeraten, että rikollisuus on yleisintä nuoruudessa ja erityisesti 15-19 vuotiaana (Elonheimo, 2010, s. 14). Suomen poliisitilastojen mukaan kaikkein rikosaktiivisin elämänvaihe voidaan osoittaa ikävuosiin 15-20 (Saarikkomäki & Tanskanen, 2018, s. 206).

Nuorisorikollisuuden määrittelyyn liittyy monenlaisia termejä ja määrittely riippuu aina eri tieteidenalojen ja toimijoiden näkökulmista. Käyttäytyminen voidaan kutsua lainopin näkökulmasta

rikollisuudeksi, kun se on rikoslaissa kielletty, rangaistava teko. Nuorisoriikollisuudella tarkoitetaan sitä, kun rikos tapahtuu tietyssä iässä. (Elonheimo, 2010, s. 13.) Eduskunnan säätämän *Laki nuoren rikoksesta epäillyn tilanteen selvittämisestä* (2010/633) toinen pykälä määrittelee nuoren rikoksen rikokseksi, jonka tekijäksi epäilty tai syylliseksi todettu on tekohetkellä ollut 15-20-vuotias (Laki nuoren rikoksesta epäillyn tilanteen selvittämisestä, 2 §). Tässä katsauksessa nuorisoriikollisuudella tarkoitetaan rikollisuutta, joiden tekijänä on alle 21-vuotias nuori.

Tilastokeskuksen (2018) mukaan vuonna 2017 alle 21-vuotiaiden osuus kaikista rikoslakirikoksiin epäillyistä oli 19,8 prosenttia, kun vuotta aikaisemmin se oli 17,9 prosenttia (Tilastokeskus, 2018, s. 18). Rikoslakirikoksia ovat rikokset, jotka on kriminalisoitu rikoslaissa (Kivivuori, 2006, s.35). Nuorten osuudet olivat suuria erityisesti alkoholirikoksissa, ryöstöissä, vahingonteoissa, moottorikulkuneuvoon kohdistuvissa anastusrikoksissa sekä törkeissä liikenneturvallisuuden vaarantamisissa. Esimerkiksi ryöstöihin epäillyistä nuoria oli 39,2 prosenttia, vahingontekoihin epäillyistä 40,3 prosenttia ja törkeään liikenneturvallisuuden vaarantamiseen epäillyistä 31,6 prosenttia. Vuonna 2017 pahoinpitelyihin epäillyistä 20,5 prosenttia oli nuoria eli alle 21-vuotiaita. (Tilastokeskus, 2018, s. 18-19.)

Rikollisen kehityksen riskitekijät on luokiteltu usein yksilön ominaisuuksiin, perhetekijöihin, kouluun liittyviin riskeihin, toveripiirin riskeihin sekä asuin ympäristön riskitekijöihin. Yksilöön liittyviä riskitekijöitä ovat esimerkiksi erilaiset neurologiset ongelmat, ylivilkkaus ja impulsiivisuus, pelottomuus, elämyshakuisuus, aggressiivisuus, käytösongelmat ja oppimisvaikeudet. Perheeseen liittyviä riskitekijöitä ovat esimerkiksi vanhemmuuteen, perheen talouteen tai rakenteeseen liittyvät asiat, kuten teinivanhemmuus, vanhempien mielenterveysongelmat ja parisuhdeväkivalta. Kovat kasvatuskäytännöt tai lapsen hyljeksivä kohtalo voivat lisätä lapsen riskiä kehittyä rikolliseen suuntaan. (Haapasalo, 2006, s. 123-125.)

Riskitekijöistä huolimatta suurin osa lapsista selviytyy eikä kehity antisosiaaliseen suuntaan. Kyse voi olla suojatekijöiden vaikutuksesta, lievempi riskitekijä tai riskitekijän harvempi ilmaantuvuus. Haapasalon (2006) mukaan rikolliselta ja epäsuotuisalta kehitykseltä suojaavat tekijät voidaan jakaa kolmeen ryhmään: myönteiset kompensoivat elämäntapahtumat, perheympäristöön sisältyvä suoja sekä yksilölliset erot haavoittuvuudessa. Riskitekijöiden vaikutusta kompensoivat elämäntapahtumat voivat olla esimerkiksi terapeutin interventio tai hyvän harrastuksen löytäminen. Perheympäristöön sisältyvä suoja voi olla esimerkiksi turvallinen kiintymyssuhde ja hyvä vanhemmuus. (Haapasalo, 2006, s. 146-147.)

4 Käyttäytymishäiriöt

Polanczykin ym. (2015) arvioinnit osoittavat, että mielenterveydenhäiriöt vaikuttavat noin 241 miljoonaan nuoreen (Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye & Rohde, 2015, s. 356). Yleisimmät mielenterveyden häiriöt ovat ahdistuneisuushäiriöt, häiritsevän käyttäytymisen häiriöt (eng. disruptive behavior), aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriö sekä depressiiviset häiriöt (Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye & Rohde, 2015, s. 356; Sourander & Marttunen, 2016, s.117). Häiritsevän käyttäytymisen häiriöt (eng. disruptive behavior) sisältävät sekä käyttöshäiriön (CD) että uhmakkuushäiriön (ODD) (Alegria, Radua, Rubia, 2016, s. 1119).

4.1 Aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriö

Aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriö (ADHD) on yleisin kehityksellinen neuropsykiatrinen häiriö. Sen ydinoireita ovat tarkkaamattomuus, ylivilkkaus ja impulsiivisuus. (Pihlakoski & Rintahaka, 2016, s. 243; Moilanen, 2012, s. 35; Farrell, 2011, s. 91.) ADHD ilmenee usein ennen kahdeksan vuoden ikää ja on suhteellisen pysyvä häiriö (Kauffman & Landrum, 2018, s. 167). Seurantatutkimuksessa ADHD:n täysi pysyvyys on vaihdellut 15-35 prosenttia, mutta kun lasketaan ne aikuiset, jotka ovat osittain toipuneet, pysyvyys asettuu 50-65 prosentin välille (Korkeila & Leppämäki, 2017, s. 120). Aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriöön liittyy sekä akateemisia, että sosiaalisia ongelmia (Kauffman & Landrum, 2018, s. 167). Maailmanlaajuisesti ADHD:n esiintyvyys 6-18-vuotiailla on vaihdellut 4-6% välillä. Suomalaisessa tutkimuksessa osuus on ollut 4-8% välillä. (Pihlakoski & Rintahaka, 2016, s. 250.) Aikuisilla ADHD:n esiintyvyydeksi on arvioitu maailmanlaajuisesti 2,5-3,4 prosenttia. ADHD:n on myös todettu olevan miehillä 1.5 kertaa yleisempi kuin naisilla (Korkeila & Leppämäki, 2017, s. 117).

Tautiluokitusjärjestelmän ICD-10:n mukaan hyperkineettisille häiriöille, johon ADHD kategoriaan, ominaista on häiriön varhainen alkua. Tavallisesti piirteitä huomataan ennen viiden vuoden ikää. Lisäksi lapsilla, joilla on ADHD, on kestävyyspuutetta älyllistä osallistumista vaativissa toiminnoissa, taipumusta siirtyä toiminnasta toiseen, järjestymätön, hajanainen ja liiallinen toiminnallisuus (Liite 1). (Komulainen, Lehtonen & Mäkelä, 2012, s. 300.)

Geneettiset, fysiologiset, psyykkiset ja ympäristölliset tekijät voidaan nähdä olevan riskitekijöitä ADHD:n kehittymisessä (Farrell, 2012, s. 93). Merkittävin häiriön kehittymiseen vaikuttava tekijä on perimä. Perinnöllisyys selittää noin 80-90 prosenttia lasten ja nuorten ADHD:sta. (Pihlakoski & Rintahaka, 2016, s. 249; Korkeila & Leppämäki, 2017, s. 117.) Ympäristötekijät

ovat myös osaltaan mukana häiriön kehittämisessä. On todettu, että keskoisuus, matala syntymäpaino ja äidin tupakointi raskauden aikana saattavat lisätä riskiä ADHD:n kehittämiselle. (Pihlakoski & Rintahaka, 2016, s. 249.)

Ensimmäisten ikävuosien aikana lapselle ei voida tehdä oireiden perusteella ADHD-diagnoosia. ADHD:lle tyypillisiä piirteitä, kuten lyhytjänteisyys ja vaikeus keskittyä, voidaan havaita leikki-iässä noin 4-6-vuotiaana. Myös ylivilkkaus ja impulsiivisuus voivat vaikeuttaa lapsen toimintaa leikki-iässä. Koulu-iässä aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriö näkyy haasteina tehtävien omatoimisessa aloittamisessa, haasteina keskittyä tekemään annettuja tehtäviä sekä haasteina suunnitella toimintaa. (Pihlakoski & Rintahaka, 2016, s. 243,244.) Vaikka piirteitä voidaan tunnistaa jo varhaislapsuudessa, tyypillisesti ADHD diagnosoidaan vasta kouluvuosien aikana (Phillips, Greenson, Collet & Gimpel, 2002, s. 283).

Lapsuusiässä todettu aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriö jatkuu yli puolella diagnoosin saaneista nuoruusikäen (Pihlakoski & Rintahaka, 2016, s. 244). Nuoruusikäen tultaessa usein ulospäin näkyvä aktiivisuus lieventyy, kun taas tarkkaamattomuus ja impulsiivisuus eivät niinkään. Nuoruusiässä haasteet koulussa korostuvat. Yhtenä edesauttavana tekijänä on se, että yläasteelle tultaessa asioiden vaativuus ja oppiaineiden määrä lisääntyvät, mutta oman opettajan päivittäinen tuki häviää. (Raevuori, 2012, s. 211.)

ADHD:n kanssa esiintyy usein muita häiriöitä (komorbiditeetti). Usein samanaikaissairauksilla tai häiriöillä on samantyyppinen neurobiologinen alkuperä kuin ADHD:lla. (Moilanen, 2012, s. 37) ADHD:n omaavilla nuorilla on todettu olevan verrokkeihin nähden enemmän käytös- ja uhmakkuushäiriöitä, mielialahäiriöitä sekä syömis- ja päihdehäiriöitä (Korkeila & Leppämäki, 2017, s. 117). Komorbidihäiriöt voivat kehittyä myös toistuvien epäonnistumisten ja pettymysten seurauksena. Tällaisia häiriöitä voivat olla esimerkiksi käytöshäiriö, masentuneisuus tai ahdistuneisuus (Pihlakoski & Rintahaka, 2016, s.244).

4.2 Käytöshäiriö ja uhmakkuushäiriö

Käytöshäiriöt kuuluvat yleisimpiin lasten- ja nuorisopsykiatriin häiriöihin. Se on heterogeeninen häiriö, joka sisältää useita alatyyppejä. Nuorilla käytöshäiriön esiintyvyydeksi on arvioitu noin 5-10 prosenttia. ICD-10-tautiluokituksen mukaan käytöshäiriö on toistuvaa ja itsepintaista muiden oikeuksia ja sosiaalisia normeja rikkova käyttäytymismalli (Liite 2). (Aronen & Lindberg, 2016, s. 255-256, 258.) Käytöshäiriö voi ilmetä muun muassa aggressiivisuutena ihmisiä

ja eläimiä kohtaan, omaisuuden tuhoamisena, vilpillisyytenä, varastamisena sekä sosiaalisten sääntöjen rikkomisena. (Aronen & Lindberg, 2016, s. 255-256, 258.; Farrell, 2011, s. 49.)

Kauffman & Landrum (2018) jakavat käytöshäiriön (eng. conduct disorder, CD) kahteen jaoteluun: avoimeen aggressioon (overt aggression) ja peiteltyyn antisosiaaliseen käyttäytymiseen (covert antisocial behavior). Avoimella aggressiolla tarkoitetaan verbaalista tai fyysistä häiritsevää käyttäytymistä muita kohtaan. Peitelty antisosiaalinen käyttäytyminen on käyttäytymistä, jossa teko itsesään ei ole usein nähtävissä, vaikka teon seuraukset usein ovatkin, esimerkiksi vandalismi tai tulipalon sytyttäminen. (Kauffman & Landrum, 2018, s. 127.)

Tautiluokitusjärjestelmä ICD-10 jakaa käytöshäiriön alamuotoihin: perheensisäinen käytöshäiriö, epäsosiaalinen käytöshäiriö ja sosiaalinen käytöshäiriö. Perheensisäinen käytöshäiriö rajoittuu perheensisäisiin vuorovaikutussuhteisiin, epäsosiaalinen käytöshäiriö on yhdistelmä jatkuvaa epäsosiaalista käytöstä sekä huomattavaa poikkeavuutta suhteessa muihin lapsiin, sosiaalisessa käytöshäiriössä eroa muihin on riittävien ja kestävien ystävyys-suhteiden olemassaolo ikätovereiden kanssa, mutta vertaisryhmä muodostuu vertaisista, jotka ovat mukana rikollisessa tai muussa epäsosiaalisessa toiminnassa. Häiriö on vähintään kaksi kertaa yleisempi pojilla kuin tytöillä. (Aronen & Lindberg, 2016, s. 255, 258).

ICD-10 luokittelee myös uhmakkuushäiriön käytöshäiriön alatyypiksi. Tautiluokitusjärjestelmän mukaan uhmakkuushäiriö (eng. oppositional-defiant disorder, ODD) on negatiivista, vihamielistä, uhmakasta käyttäytymistä, joka poikkeaa muista vertaisista (Liite 3). (Aronen & Lindberg, 2016, s. 257; Kauffman & Landrum, 2018, s. 127) Uhmakkuushäiriö ilmenee yleensä ennen 8 vuoden ikää ja yleensä viimeistään varhaismurrosiässä (Farrell, 2011, s. 49). Lapset, joilla on uhmakkuushäiriö usein uhmaavat aikuisten vaatimuksia ja sääntöjä sekä ärsyttävät tahallisesti muita. Uhmakkuushäiriön omaavilla on usein matala turhautumien sietokyky ja he menettävät malttinsa helposti. (Komulainen, Lehtonen & Mäkelä, 2012, s.311).

Käytöshäiriön tausta on monitekijäinen. Sen ilmenemiseen liittyy useita geneettisiä, aivojen rakenteeseen ja toimintaan sekä vuorovaikutukseen ja ympäristöön liittyviä tekijöitä. (Aronen & Lindberg, 2016, s. 257.) Psykososiaalisia riskitekijöitä käytöshäiriön kehittymiseen ovat esimerkiksi, vanhemmista erossa eläminen, ydinperheen hajoaminen, hyväksikäyttö, välinpitämättömyys ja epäjohdonmukainen kasvatus. Myös kaveripiirin epäsosiaalinen käyttäytyminen sekä perheen sosioekonominen asema ovat käytöshäiriön syntyyn vaikuttavia riskitekijöitä. (Aronen & Lindberg, 2016, s. 257.; Kauffman & Landrum, 2018, s. 178-184.)

Biologiset havainnot liittyvät sikiöaikaiseen kehitykseen, keskushermoston rakenteeseen ja sen toimintaan sekä neurofysiologiaan ja neurokemiaan. Uhmakkuushäiriöisillä sekä käytöshäiriöisillä lapsilla on havaittu olevan poikkeavan paljon lieviä neurologisia poikkeavuuksia. Neurologisen kehityksen häiriöt sekä hahmottamisen, puheen ja kielellisen kehityksen vaikeudet saattavat vaikeuttaa aggression hallinnan ja sosiaalisten normien oppimista. (Aronen & Lindberg, 2016, s. 257).

4.3 Ahdistuneisuushäiriöt

Vuoden 2019 Kouluterveyskyselyssä selvitettiin, onko oppilaat kokeneet kohtalaista tai vaikeaa ahdistuneisuutta viimeisen kahden viikon aikana. Kahdeksannen ja yhdeksannen vuosiluokan tilastoissa tytöistä 19,8 prosenttia ja pojista 5,7 prosenttia, olivat kokeneet ahdistuneisuutta viimeisen kahden viikon aikana. Lukion ensimmäisen ja toisen vuoden oppilaista tytöistä 19,7 prosenttia ja pojista 5,5 prosenttia, olivat kokeneet ahdistusta. Ammatillisessa oppilaitoksessa työillä ahdistuneisuusprosentti oli 20 ja pojilla 5,1 vuonna 2019. (Kouluterveyskysely, 2019.) Farrell (2012) viittaa muiden tutkijoiden epidemiologisiin tutkimuksiin ja toteaa, että ahdistuneisuushäiriöt ovat yksi yleisimmistä mielenterveyden ongelmista (Farrell, 2012, s. 67).

Ahdistuneisuudella tarkoitetaan sisäistä levottomuuden, paniikin, jännityksen ja kauhun tunnetta. Vasta kun ahdistuneisuus on voimakasta, pitkäkestoista sekä psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä rajoittavaa, voidaan puhua ahdistuneisuushäiriöistä. Ahdistuneisuushäiriöt ovat oireyhtymiä, joissa pitkäkestoiseen ja vaikeaan ahdistuneisuuden tunteeseen liittyy muita oireita, kuten välttämiskäyttäytymistä ja autonomisen hermoston aktivoitumisen oireita. (Isometsä, 2017b, s. 295.) Ahdistuneisuushäiriöiden on todettu olevan yksi yleisimmistä häiriöistä lapsilla ja nuorilla. Kansainvälisissä tutkimuksissa noin 3-9% lapsilla ja noin 10-15 % nuorilla on jokinlainen ahdistuneisuushäiriö. (Ranta & Koskinen, 2016, s. 266, 271.)

Keskeisimpiä ahdistuneisuushäiriöitä ovat paniikkihäiriö, agorafobia, sosiaalinen fobia, määräkohteinen pelko sekä yleistynyt ahdistuneisuushäiriö (Isometsä, 2017b, s. 297). Kaksois- ja perhetutkimuksen perusteella ahdistuneisuushäiriöiden periytyvyydeksi on arvioitu 30-40 prosenttia. Kasvatukseen liittyvät tekijät ja vanhempien toiminta, esimerkiksi vanhempien pelkoa mallintavat käytännöt ovat riskitekijöitä. (Ranta & Koskinen, 2016, s. 265.) Vanhempien ylisuojelevaisuus, ero vanhemmista, lapsuuden traumaattinen kokemus sekä fyysinen ja seksuaalinen

kaltoinkohtelu ovat yhteisiä altistavia tekijöitä kaikkien ahdistuneisuushäiriöiden kehittymiselle (Taiminen, 2017, s. 326).

Paniikkihäiriön keskeisin piirre on toistuvien paniikkikohtauksien esiintyminen. Se alkaa tyyppillisesti noin 20-30 ikävuoden välillä. ICD-10:n mukaan paniikkikohtauksella tarkoitetaan äkillisesti ilmaantuvaa erittäin voimakasta ahdistuksen, pelon tai pakokauhun tunnetta (Liite 4). Kohtaukseen voi liittyä voimakkaita somaattisia ja kognitiivisia oireita. Paniikkikohtaukset voivat liittyä johonkin tiettyyn tilanteeseen. Tilannesidonnaiset paniikkikohtaukset voivat aiheuttaa sen saaneella välttämiskäyttäytymistä, koska kohtauksen uusiutumista pelätään. Paniikkihäiriön periytyvyydeksi laajassa kaksoistutkimuksessa on todettu 30-55 prosenttia. (Isometsä, 2017b, s. 297.)

ICD-10 mukaan agorafobiassa eli julkisten tilanteiden pelossa pelot koskevat tilanteita, joista poispääsy voisi olla vaikeaa tai noloa (Liite 4). Yleensä ne ovat tilanteita, jossa poistutaan kotoa yksin, ihmisjoukossa tai jonossa oleminen tai matkustaminen jollakin kulkuneuvolla. Usein agorafobiasta kärsivä välttelee näitä tilanteita tai kokee voimakasta ahdistusta tällaisissa tilanteissa ollessaan. (Isometsä, 2017b, s. 307.) Agorafobian riskitekijöitä tunnetaan huonosti. Väestötutkimuksissa julkisten tilanteiden pelon riskitekijät ovat liittyneet alhaiseen tulotasoon ja elämäntilanteeseen liittyviin stressi- ja menetyskokemuksiin. (Ranta & Koskinen, 2016, s. 276.)

Sosiaalisten tilanteiden pelossa eli sosiaalisessa fobiassa ahdistus sosiaalisiin tilanteisiin on toistuvaa, intensiivistä, suhteettoman voimakasta todelliseen uhkaan nähden. Tämän seurauksena syntyy välttämiskäyttäytymistä liittyen sosiaalisiin tilanteisiin. Kun kuvatut ongelmat alentavat toimintakykyä, on kyseessä sosiaalinen fobia. (Isometsä, 2017b, s. 277.) ICD-10 määrittelee sosiaalisen fobian huomattavaksi peloksi huomion kohteeksi joutumisesta tai pelkoa siitä, että oma käytös olisi nöyryyttävää (Liite 4). Geneettiset tekijät uskotaan selittävän arviolta noin 30 prosenttia fobian muodostumisesta eli ympäristö tekijöillä on suhteellisen suuri merkitys. Ankara ja mitätöivä vanhemmuus ja vanhempien välttämiskäyttäytymistä mallintava kontrolloiva kasvatustapa ovat tunnettuja sosiaalisen fobian riskitekijöitä. (Ranta & Koskinen, 2016, s. 277.)

Määräkohteisella pelolla tarkoitetaan tiettyyn kohteeseen tai tilanteeseen kohdistuvaa pelkoa tai huomattavaa ahdistusta. Usein pelko ja ahdistus johtaa voimakkaaseen haluun vältellä sen kohdetta, minkä seurauksena sen omaavan toimintakyky alenee ja sosiaaliset suhteet kärsivät. (Farrell, 2011, s. 71.) Epidemiologisissa tutkimuksissa Euroopassa ja Yhdysvalloissa näiden

fobioiden esiintyvyys on ollut 7-9 prosentin luokkaa. Määräkohteisilla peloilla on taipumusta kasaantua suvuittain ja sen periytyvyys on ollut 25-45 prosenttia. (Taiminen, 2017, s. 325-325.)

Väestöstä 1,2-6,7 prosenttia kärsii yleistyneestä ahdistuneisuushäiriöstä (Koponen, 2017, s. 318). Sen ilmaantuvuus on suurinta nuoruudessa ja nuoressa aikuisuudessa. (Ranta & Koskinen, 2016, s. 266,271). ICD-10:n mukaan yleistyneen ahdistuneisuushäiriön oireita ovat ahdistuneisuuden lisäksi liiallinen eri asioihin kohdistuva huolestuneisuus ja useat somaattiset oireet (Liite 4). Näitä asioita voivat olla esimerkiksi terveydentila tai taloudellinen asema. Määräkohtaisen pelon kohteita voivat olla esimerkiksi lentäminen, korkeat paikat tai veren näkeminen. (Koponen, 2017, s. 317-318.)

4.4 Masennus

Kaikki sairaudet mukaan lukien depressio on yksi suurimpia kansanterveyden ongelmia (Iso-metsä, 2017a, s. 253). Lisäksi ne ovat yksi nuoruusikäisten (12-22v) suurimmista terveysongelmista (Karlsson, Marttunen & Kumpulainen, 2016, s. 299). Vuoden 2019 Kouluterveyskyselyssä selvitettiin, onko oppilailla esiintynyt vähintään kaksi viikkoa kestänyttä masennusoireilua. Kyselyssä oireina mainittiin vähäinen mielenkiinto tai mielihyvä erilaisten asioiden tekemiseen, alakuloisuus, masentuneisuus tai toivottomuus. Peruskoulun kahdeksannen ja yhdeksännen vuoden tytöistä 24,3 prosenttia ja pojista 10,9 prosenttia oli kokenut masennusoireilua. Lukio ikäisillä tytöistä 22,3 prosenttia oli kokenut oireilua ja pojista 12,2 prosenttia. Ammatillisessa oppilaitoksessa 24,1 prosenttia tytöistä ja 9,6 prosenttia pojista oli kokenut vähintään kaksi viikkoa kestänyttä masennusoireilua. (Kouluterveyskysely, 2019.) Euroopassa esiintyvien depressioiden eli masennustilojen vuosittainen esiintyvyys on vaihdellut tutkimuksista riippuen 3-10%:iin. Suomalaisista noin 5% voidaan arvioida kärsivän masennustilasta. (Iso-metsä, 2017a, s. 259.)

Masennuksen ydinoireita ovat masentunut mieliala, mielihyvän kokemuksen menetys ja uupumus. Nämä voivat näkyä pitkäkestoisena masentuneena mielialana, itkuisuutena, ärtyisyytenä sekä vihaiisuutena. Masennuksen seurauksena saattaa ilmetä keskittymisvaikeuksia, unenhäiriöitä, arvottomuuden- ja syyllisyydentunteita sekä itsetuhokäyttäytymistä. Varhaisnuorella (12-14v) masennus saattaa ilmetä esimerkiksi ruumiillisina vaivoina, häiriökäyttäytymisenä ja levottomuutena. Riskialtis käyttäytyminen saattaa viitata itsetuhoisuuteen. Keski- ja myöhäisnuoruudessa (15-22v) masennusoireilu kääntyy enemmän sisäänpäin ja ilmenee esimerkiksi

synkkinä ajatuksina, alakuloisuutena, pessimistisenä ajatteluna, arvottomuudentunteina ja itsetuhoajatuksina. Myöhäisnuoruudessa masennuksen seurauksena voi olla kehityksen estyminen tai syrjäytyminen opiskelu- tai työelämästä. (Karlsson, Marttunen & Kumpulainen, 2016, s. 294-297.)

Tautiluokitusjärjestelmä ICD-10 jakaa depression masennustiloihin (F32) ja toistuvaan masennukseen (F33) (Liite 5). Masennustila voidaan jakaa lievään, keskivaikeaan tai vaikea-asteiseen masennustilaan. Näissä henkilö kärsii mielialan laskusta ja toimeliaisuuden puutteesta. Kyky nauttia asioista on heikentynyt ja pienikin ponnistus johtaa uupumiseen. Toistuvalla masennukselle ominaisia piirteitä ovat toistuvat masennustilat, joiden jaksot saattavat kestää 3-12 kuukautta. Usein oireiden alkamista edeltävät kuormittavat elämäntapahtumat. (Komulainen, Lehtonen & Mäkelä, 2012, s. 146,147,152.)

Depression tausta on monitekijäinen. On todettu, että masennuspotilaiden lähiomaisilla esiintyy merkittävästi enemmän masennustiloja kuin normaaliväestöllä. Ensimmäisen asteen sukulaisilla on noin 2-3-kertainen masennustilan riski. Kaksoistutkimuksissa on todettu, että jos identtisistä kaksosista toinen kärsii masennuksesta, niitä esiintyy toisellakin noin 50% :n todennäköisyydellä. Kaksoistutkimuksista saadut tulokset ovat osoittaneet, että masennus on periytyvää. Arviot periytyvyydestä ovat 30-45% tasoa. Periytyvyyden lisäksi masennustilojen esiintymistä ennustavat naissukupuoli, matala sosioekonominen asema, matala koulutus sekä humalajuominen ja tupakointi. (Isometsä, 2017a, s. 259-260.)

5 Käyttäytymishäiriöiden yhteys nuorisorikollisuuteen

Elonheimo (2010) toteaa, että monien tekijöiden on havaittu olevan yhteydessä siihen, kehittykö yksilöstä rikollinen. Tekijät voidaan jaotella yksilöön, perheeseen, kaveripiiriin ja yhteisöön liittyviin tekijöihin. Yksilötason tekijöitä ovat muun muassa erilaiset häiriöt. (Elonheimo, 2010, s. 23). Seuraavaksi käydään läpi viisi tutkimusta, joissa tarkastellaan yleisimpien käyttäytymishäiriöiden yhteyttä nuorisorikollisuuteen.

5.1 Tutkimuksia käyttäytymishäiriöiden yhteydestä nuorisorikollisuuteen

Sibleyn, Pelhamin, Molinan, Gnagyn & Waschbuschin, Biswasin, MacLeanin, Babinskin & Karchin (2010) tutkimuksessa tutkittiin lapsuuden aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriön, käytöshäiriön, uhmakkuushäiriön sekä nuorisorikollisuuden yhteyttä Pittsburghissa tehdyn pitkittäistutkimuksen avulla. Tutkimukseen osallistui 288 miespuolista tutkittavaa, joilla oli lapsuudessa todettu ADHD ja 209 tutkittavaa, joilla ei ollut ADHD:ta. Tutkimuksessa oli neljä muodostettua ryhmää, jota tutkittiin. Ryhmissä oli a) pelkästään ADHD:n omaavat b) ADHD:n ja uhmakkuushäiriön (ODD) omaavat c) ADHD:n ja käytöshäiriön (CD) omaavat sekä (d) vertailuryhmä. (Sibley, Pelham, Molina, Gnagy & Waschbusch, Biswas, MacLean, Babinsk & Karch, 2010, s. 26-29.)

Tutkittavat, joilla oli sekä ADHD, että CD olivat tulosten perusteella huomattavasti rikollisempia kuin kolme muuta ryhmää. Verrokkiryhmään verrattuna pojat, joilla oli pelkästään ADHD sekä pojat, joilla oli ADHD ja ODD, tutkimuksen perusteella aloittivat rikollisen käyttäytymisen aiemmin ja heillä oli korkeampi esiintyvyys vakavaan rikollisuuteen kuin verrokkiryhmällä. Tulokset osoittavat, että vaikka ADHD ja käytöshäiriö luovat suurimman riskin rikollisuudelle, pojilla, joilla oli pelkästään ADHD ja pojilla, joilla oli ADHD ja uhmakkuushäiriö oli myös riski myöhempään rikollisuuteen. (Sibley, Pelham, Molina, Gnagy & Waschbusch, Biswas, MacLean, Babinsk & Karch, 2010, s. 26-29.) Myös Ahmad & Hinshaw (2016) ovat todenneet pitkittäistutkimuksessaan, ADHD:n oireina olevat impulsiivisuus ja hyperaktiivisuus ennustavat ulospäinsuuntautuvaa käyttäytymistä, joista merkittäviä ovat käytösongelmat, väkivaltaisuus sekä rikollisuus. (Ahmad & Hinshaw, 2016, s.1081, 1084).

Falkin, Leen ja Chorpitan (2017) tutkimuksessa selvitettiin vertailuryhmien avulla, miten ahdistuneisuushäiriö, aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriö sekä edellä mainitut yh-

dessä ovat yhteydessä aggressiivisuuteen ja rikollisuuteen. 380 etnisesti jakautunutta 5-17 vuotiasta poikaa ja tyttöä arvioitiin käyttämällä puolistrukturoitua diagnostista haastattelua. Vertailuryhmät jakautuivat lapsiin ja nuoriin, joilla oli (a) vain ahdistuneisuushäiriö (n=119), (b) vain aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriö (n=130) ja (c) sekä ADHD, että ahdistuneisuushäiriö. Tutkimuksen kliinisenä vertailuryhmänä käytettiin ryhmää, jossa nuorilla tai lapsilla ei ollut DSM-IV -tautiluokitusjärjestelmän diagnoosia (n=95). Aggressiivisuutta ja rikollista käyttäytymistä tarkasteltiin käyttämällä Child Behavior Checklist (CBCL) -arviointia. (Falk, Lee & Chorpita, 2017, s. 653-654.)

Tuloksista selvisi, että lapset ja nuoret, joilla oli pelkästään ahdistuneisuushäiriö eivät eronneet merkittävästi kliinisestä vertailuryhmästä aggression tai rikollisuuden suhteen. Kuitenkin kliininen vertailuryhmä oli aggressiivisempi kuin lapset ja nuoret, joilla oli vain ahdistuneisuushäiriö. Lapset ja nuoret, joilla oli pelkästään ADHD, olivat merkittävästi aggressiivisempia ja rikollisempia kuin lapset ja nuoret, joilla oli pelkästään ahdistuneisuushäiriö. Ryhmä, jossa oli sekä ADHD:n, että ahdistuneisuushäiriön omaavia olivat merkittävästi vähemmän aggressiivisempia kuin ne, joilla oli pelkästään ADHD. Lapset ja nuoret, joilla oli ADHD, olivat 1.35 kertaa aggressiivisempia kuin heidän ikätoverinsa, joilla oli molemmat sekä ADHD, että ahdistuneisuushäiriö, mutta ryhmät eivät eronneet toisistaan rikollisuuden suhteen. Tutkimuksen tulokset osoittavat, että aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriöön yhdessä ahdistuneisuushäiriön kanssa voi liittyä huomattavasti vähemmän aggressiivisuutta, mutta ei vähemmän rikollisuutta. (Falk, Lee & Chorpita, 2017, s.653, 657.)

Fontaineau, Brendgebin, Vitarocin, Boivindin, Tremblayen ja Côtégin (2019) tutkimuksessa tutkittiin rikollisuuden, masennuksen sekä ahdistuneisuuden välistä yhteyttä nuoruudessa. Tutkimuksessa testattiin myös sukupuolen ja sosioekonomisen aseman vaikutusta. Tutkimuksessa tutkittiin väestöpohjaisen otoksen avulla 1515 15-17-vuotiaasta nuorta. Tutkimuksessa erotettiin väkivallaton ja väkivaltainen rikollisuus, koska niiden yhteys emotionaalisiiin haasteisiin saattoivat vaihdella. Tuloksissa havaittiin, että ahdistuneisuusoireet 15-vuotiaana olivat yhteydessä sekä väkivaltaiseen että väkivallattomaan rikollisuuteen 17-vuotiaana. Masennusoireet 15-vuotiaana olivat yhteydessä väkivallattomaan ja väkivaltaiseen rikollisuuteen 17-vuotiaana. Häiriöiden yhteys rikollisuuteen saattaa olla myös epäsuora. Käytösongelmat 10-12 vuoden iässä olivat positiivisessa yhteydessä masennusoireisiin 15-vuoden iässä, mitkä taas olivat yhteydessä ei-väkivaltaiseen ja väkivaltaiseen rikollisuuteen 15- ja 17-vuoden iässä. (Fontaineau, Brendgeb, Vitaroc, Boivind, Tremblaye & Côtég, 2019, s. 62.)

Miehistä 50%:lla, joilla on antisosiaalinen persoonallisuushäiriö, on todettu olevan päällekkäissairautena ahdistuneisuushäiriö. Hodgins ym. (2010) tutkimuksen tavoitteena oli selvittää antisosiaalisen persoonallisuushäiriön päällekkäisyys ahdistuneisuushäiriön kanssa rikoksentekijöiden keskuudessa sekä näiden häiriöiden yhteys väkivaltarikoksiin. Satunnaisella otoksella valitut 495 miesvankia suorittivat haastattelun, jossa käytettiin Diagnostic Interview Schedule- arviointia. Otoksesta suljettiin pois vangit, joilla oli psykoottisia häiriöitä, ja 279 vankia, joilla oli antisosiaalinen persoonallisuushäiriö, osallistuivat tutkimukseen. (Hodgins, De Brito, Chhabra & Côté, 2010, s. 784). Antisosiaalinen persoonallisuushäiriö on häiriö, jossa ominaista on piittaamattomuus sosiaalisia velvollisuuksia, sääntöjä ja toisten tunteita kohtaan. Aggressiivisen ja väkivaltaisen käyttäytymisen kynnys on matala. (Marttunen, Eronen & Henrikson, 2017. S.479-480.)

Hodgins, De Brito, Chhabra & Côté (2010) sekä Fontainea ym. (2019) toteavat, että aikaisemmin tehdyissä tutkimuksissa on osoitettu, että ahdistuneisuus rajoittaa rikollista toimintaa ja antisosiaalisen persoonallisuushäiriön kehitystä, mutta viimeaikaiset tutkimukset ovat myös osoittaneet sen, että lisääntynyt reagoitokyky uhkaan voi johtaa väkivaltaiseen käyttäytymiseen (Hodgins, De Brito, Chhabra & Côté, 2010; Fontainea ym. 2019). Tulokset osoittivat, että kahdella kolmasosaa vangeista, joilla oli antisosiaalinen persoonallisuushäiriö, oli myös ahdistuneisuushäiriö. Puolella heistä oli ahdistuneisuushäiriö ennen 16-vuoden ikää. Vangeilla, joilla oli persoonallisuushäiriö ja ahdistuneisuushäiriö oli huomattavasti enemmän antisosiaalisia oireita ja he olivat todennäköisemmin aloittaneen rikollisen uransa ennen kuin he olivat 15-vuotiaita. Lisäksi he todennäköisemmin olivat saaneet diagnoosin alkoholin ja huumeiden väärinkäytöstä, ja heillä oli ollut itsemurha-ajatuksia tai yrityksiä. (Hodgins, De Brito, Chhabra & Côté, 2010, s. 784, 786-784.)

Tutkimuksessa selvisi myös, että ne, joilla oli ollut ahdistuneisuushäiriö, verrattuna niihin vankeihin, joilla ei ollut, oli tuomittu vakavista rikoksista, joihin liittyi väkivaltaa ihmissuhteissa. Antisosiaalisen persoonallisuushäiriön omaavat vangit, joilla oli myös ahdistuneisuushäiriö, oli tuomittu huomattavasti enemmän tapoista, murhanyrityksistä sekä fyysisistä pahoinpitelyistä ja seksuaalirikoksista. Tutkimuksesta saatu tulos siitä, että ahdistuneisuushäiriön esiintyvyys oli suurempi antisosiaalisuushäiriön omaavien rikoksentekijöiden keskuudessa kuin antisosiaalisen persoonallisuushäiriön omaavien valtaväestön keskuudessa, on yhdenmu-

kainen sen hypoteesin kanssa, jonka mukaan ahdistuneisuushäiriö antisosiaalisen persoonallisuushäiriön päällekkäissairautena lisää rikollisuuden riskiä. Tutkijat eivät löytäneet näyttöä siitä, että ahdistuneisuushäiriö olisi ollut vankeuden seurausta. Itse asiassa puolella antisosiaalisen persoonallisuushäiriön ja ahdistuneisuushäiriön omaavista, ahdistuneisuushäiriö oli puhjennut ennen kuin vangit olivat olleet 16 ja yhdellä neljäsosasta ennen 12-vuoden ikää. (Hodgins, De Brito, Chhabra & Côté, 2010, s. 784, 786-784.)

Sourander ym. (2006) tutkivat nuorisorikollisuuden ennustekijöitä lapsuudessa. Seurantatutkimukseen osallistui 2713 suomalaista 1981 syntynyttä poikaa. Informaatio 8-vuotiaiden poikien ongelmakäyttäytymisestä saatiin vanhemmilta, opettajilta sekä lapsilta itseltään. Tutkimukseen saadut tiedot rikoksista perustuivat kansalliseen poliisirekisteriin ja keskittyivät ajankohtaan 1998-2001, kun tutkittavat olivat 16-20 vuotiaita. Tulokset osoittivat, että vanhempien raportoimat käytösongelmat ja opettajien raportoimat hyperaktiivisuusongelmat, kun lapsi oli 8 ennusti itsenäisesti korkean tason (enemmän kuin 5) rikoksia. Opettajien raportoimat hyperaktiivisuusoireet ennustivat itsenäisesti kaiken tyyppisiä rikoksia, lukuun ottamatta rattijuopumusta. Vanhempien ja opettajien raportoimat käytös- ja hyperaktiivisuusongelmat yhdessä ennustivat kaiken tyyppisiä rikoksia. Vanhemman tai opettajan kertomat käytösongelmat ennustivat itsenäisesti väkivalta- ja omaisuusrikoksia, liikenne rikkomuksia ja rattijuopumusta. Tutkimuksessa selvisi myös, että itseraportoidut masennusoireet ennustivat kaikkia rikostyyppejä, paitsi huumoririkoksia. (Sourander ym., 2006, s.597, 582-584)

6 Johtopäätökset ja yhteenveto

Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli selvittää, mitä ovat nuorten käyttäytymishäiriöt sekä millainen yhteys käyttäytymishäiriöillä ja nuorisorikollisuudella on. Tässä kappaleessa kootaan kirjallisuuskatsauksen tärkeimmät tulokset.

ADHD:n oireina olevat impulsiivisuus ja hyperaktiivisuus ennustavat ulospäinsuuntautuvaa käyttäytymistä, jota ovat esimerkiksi käytösongelmat, väkivaltaisuus tai rikollisuus (Ahmad & Hinshaw, 2016, s.1081, 1084). Souranderin ym. (2006) mukaan hyperaktiivisyysoireet ennustivat rattijuoppoutta lukuun ottamatta kaiken tyyppisiä rikoksia. Lisäksi hyperaktiivisuusongelmat koulussa ennustivat korkean tason (enemmän kuin 5) rikollisuutta. (Sourander ym., 2006, s.597, 582-584.) Sibleyn ym. (2010) tutkimuksessa verrokkiryhmään (ei diagnostista häiriötä) verrattuna pojat, joilla oli ADHD aloittivat tutkimuksen mukaan rikollisen käyttäytymisen aiemmin ja heillä oli korkeampi esiintyvyys vakavaan rikollisuuteen (Sibley, Pelham, Molina, Gnagy & Waschbusch, Biswas, MacLean, Babinsk & Karch, 2010, s. 26-29).

Souranderin ym. (2006) tutkimuksessa ilmeni, että käytösongelmat ennustavat itsenäisesti väkivalta- ja omaisuusrikoksia, liikenne rikoksia sekä rattijuopumusta. Lisäksi käytöshäiriö kahdeksan vuoden iässä ennustivat myös korkean tason (enemmän kuin 5) rikollisuutta. (Sourander ym., 2006, s.597, 582-584). ADHD, että käytöshäiriö päällekkäishäiriöinä todettiin olevan rikollisuutta ennustava tekijä (Sibley, Pelham, Molina, Gnagy & Waschbusch, Biswas, MacLean, Babinsk & Karch, 2010, s. 26-29; Sourander ym., 2006, s.597, 582-584). Lisäksi pojilla, joilla oli ADHD:n lisäksi uhmakkuushäiriö, oli suurempi riski myöhempään rikollisuuteen. (Sibley, Pelham, Molina, Gnagy & Waschbusch, Biswas, MacLean, Babinsk & Karch, 2010, s. 26-29.)

Masennusoireet 15-vuotiaana nähtiin olevan yhteydessä sekä väkivaltaiseen, että väkivallattomaan rikollisuuteen 17-vuotiaana (Fontainea, Brendgeb, Vitaroc, Boivind, Tremblaye & Côtég, 2019, s. 62.) Souranderin ym. (2006) tutkimuksessa itseraportoidut masennusoireet ennustivat huumerikoksia lukuun ottamatta kaikkia rikoksia. Häiriöiden yhteys rikollisuuteen saattaa olla myös epäsuora. Käytösongelmat 10-12 vuoden iässä olivat positiivisessa yhteydessä masennusoireisiin 15-vuoden iässä, mitkä taas olivat yhteydessä rikollisuuteen 15- ja 17- vuoden iässä. (Sourander ym., 2006, s.597, 582-584.)

Ahdistuneisuushäiriön oireet 15-vuotiaana olivat yhteydessä sekä väkivaltaiseen, että väkivaltaiseen rikollisuuteen 17-vuotiaana. (Fontainea, Brendgeb, Vitaroc, Boivind, Tremblay & Côtég, 2019, s. 62.) Tutkimuksia pelkästään ahdistuneisuushäiriöiden mahdollisesta yhteydestä nuorisorikollisuuteen oli haasteellisempaa löytää kuin muista häiriöistä. Usein ahdistuneisuushäiriön yhteyttä rikollisuuteen tutkittiin jonkun muun häiriön päällekkäishäiriönä. Hodginsin ym. (2010) tutkimuksessa ne vangit, joilla oli ollut ahdistuneisuushäiriö, verrattuna niihin vankeihin, joilla ei ollut, oli tuomittu vakavista rikoksista, joihin liittyi väkivaltaa ihmissuhteissa. Heidät oli myös tuomittu huomattavasti enemmän tapoista, murhanyrityksistä sekä fyysisistä pahoinpitelyistä ja seksuaalirikoksista kuin antisosiaalisen persoonallisuushäiriön omaavat, joilla ei ollut ahdistuneisuushäiriötä. (Hodgins, De Brito, Chhabra & Côté, 2010, s. 784, 786-789.)

Ahdistuneisuushäiriön esiintyvyys oli tutkimuksen mukaan suurempi antisosiaalisuushäiriön omaavien rikoksentekijöiden keskuudessa, kun sen omaavien valtaväestö keskuudessa, jotka eivät olleet rikoksentekijöitä. Hodginsin ym. (2010) tämä tukee hypoteesia, että ahdistuneisuushäiriö päällekkäishäiriönä lisää rikollisuuden riskiä. Tutkijat eivät löytäneet näyttöä siitä, että ahdistuneisuushäiriö olisi ollut vasta vankeuden seurausta ja lisäksi antisosiaalisen persoonallisuushäiriön omaavista vangeista, ahdistuneisuushäiriö oli puhjennut ennen kuin vangit olivat olleet 16-vuotta ja osalla ennen 12-ikävuotta. (Hodgins, De Brito, Chhabra & Côté, 2010, s. 784, 786-784.)

Falkin ym (2017) tutkimuksessa ahdistuneisuudella näyttäisi olevan aggressiivisuutta lieventävä vaikutus. Kliininen vertailuryhmä, joilla ei ollut diagnosoitu häiriöitä oli aggressiivisempi kuin lapset ja nuoret, joilla oli vain ahdistuneisuushäiriö. Falkin ym. (2017) tulokset osoittavatkin, että aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriöön yhdessä ahdistuneisuushäiriön kanssa voi liittyä huomattavasti vähemmän aggressiivisuutta, mutta ei vähemmän rikollisuutta. (Falk, Lee & Chorpita, 2017, s.653, 657.)

Vaikka tutkielman tulokset osoittavat käyttäytymishäiriöiden ja nuorisorikollisuuden yhteyden, ei suinkaan kaikki käyttäytymishäiriön omaavat lapset ja nuoret ajaudu rikolliseen maailmaan, vaan nuorisorikollisuuden tausta on usein monisyinen. On huomattava, että häiriöt ovat yksi monista tekijöistä, jotka voivat lisätä riskiä rikollisuuteen. Muita tekijöitä ovat esimerkiksi rikkinäinen perherakenne tai vanhempien alhainen koulutustaso (Elonheimo, 2010, s.49). Teoreettisessa viitekehityksessä on nostettu esille myös rikolliselta kehitykseltä suojaavat tekijät, jotka

voiva olla muun muassa myönteiset kompensoivat elämäntapahtumat, perheympäristöön sisältyvä suoja sekä yksilölliset erot haavoittuvuudessa (Haapasalo, 2006, s. 146-147).

7 Pohdinta

Kandidaatintutkielma oli prosessina työläs ja aikaa vaativa, mutta myöskin palkitseva ja ammatillista motivaatiota lisäävä. Tämän kirjallisuuskatsauksen kautta olen oppinut niin tutkimuksen tekemisestä, kuin myöskin omasta alasta asioita, joiden koen olevan hyödyksi tulevaisuutta ajatellen. Vaikka erityispedagogiikan alaa opiskelevana käsiteltävänä olleet käyttäytymishäiriöt ovatkin olleet termeinä tuttuja, koen silti saaneeni lisättyä ja syvennettyä tietämystäni niistä. Tutkielman tulosten myötä, koen entistä tärkeämmäksi olla tukemassa jo varhaisessa vaiheessa käyttäytymishäiriön omaavia lapsia ja nuoria, jotta mahdollinen kierre rikolliseen suuntaan saataisiin katkaistua mahdollisimman varhain.

Tutkielman teossa haastetta toi aiheen sopiva rajaaminen sekä käyttäytymishäiriö käsitteen määrittely, koska eri lähteistä löytyi useita määrittelyjä ja termejä kyseiselle asialle. Käyttäytymishäiriöiden rajaaminen viiteen tutkielmassa mainittuun häiriöön oli haasteellista. Tutkielmassa päädyttiin rajamaan käyttäytymishäiriöt niiden yleisyyden perusteella viiteen häiriöön, jotta tutkielmasta ei tulisi epäjohdonmukainen ja liian laaja. Lisäksi kaikkien häiriöiden välistä yhteyttä olisi ollut haastavaa tarkastella kattavasti. Tutkielman luotettavuutta pyrittiin ylläpitämään muun muassa tutkielmassa käytettävien lähteiden valinnassa. Tutkielman aineistoa etsiessä pyrittiin löytämään vertaisarvioituja sekä mahdollisimman tuoreita lähteitä. Tutkielmaan pyrittiin valitsemaan lähteet, joiden julkaisuaika oli 2000-luvun tällä puolella. Tämä onnistui hyvin, lukuun ottamatta yhtä pohdinnassa käytettyä lähdetä, jonka katsottiin olevan jatkotutkimusaiheen esittelyssä tarpeellinen. Suurin osa lähteiden julkaisuvuosista sijoittui 2010-luvun loppupuolelle. Lähteinä käyttämiä tutkimusten tuloksia pyrittiin kuvaamaan objektiivisesti.

Kirjallisuuskatsauksen tuloksista kävi ilmi, että käyttäytymishäiriöillä on nuorisorikollisuuden riskiä lisäävä vaikutus. Johdannossa yksi aiheen valinnan perusteluina oli se, että oikeita tukitoimia voitaisiin antaa kohdentavasti. Seuraavaksi täytyisi pyrkiä pureutumaan siihen, miten riskiä nuorisorikollisuuteen voisi ennaltaehkäistä ja koulun rooli nousee tässä vahvasti esiin. Tanja Äärelä (2012) kuvaa syrjäytymisen ja nuorisorikollisuuden yhteyttä koulupudokkuuteen, nostaa esille tekijöitä koulusta, jotka ovat vaikuttaneet koulusta poisjäämiseen ja korostaa koulun merkitystä syrjäytymisen ja nuorisorikollisuuden ehkäisemisessä (Äärelä, 2012, s.18, 37.243).

Koulupudokkuuden ja syrjäytymisen on todettu olevan vahvoja rikollisuuden riskiä lisääviä tekijöitä (Aaltonen, 2012). Väitöskirjassaan, jossa Äärelä (2012) tutki nuorten vankien koulupolkua, kävi ilmi, että kaikki tutkittavat vangit, yhtä lukuun ottamatta olivat koulupudokkaita. Hän viittaa useisiin muihin tutkijoihin ja toteaa, että lasten, joilla on käyttäytymiseen liittyviä vaikeuksia, on todettu putoavan helpommin koulusta. (Äärelä, 2012, s.37, 243.) Väitöskirjasta nousee entistä vahvemmin esille se, että koulun merkitystä ja mahdollisuutta nuorisorikollisuuden ennaltaehkäisijänä ei voida tarpeeksi korostaa.

ADHD:n omaavat lapset aiheuttavat usein kurinpito-ongelmia, mutta rikkovat sääntöjä pikemminkin ajattelemattomuuttaan kuin tahallaan (Komulainen, Lehtonen & Mäkelä, 2012, s. 300). Tulevana erityisopettajana koen tärkeäksi, ymmärtää sen, että käyttäytymishäiriön omaavat lapset eivät tahallaan, ilkeyksissään aiheuta ympärilleen oleville ihmisille hankaluuksia vaan taustalla on usein häiriöiden aiheuttamat puutteet oman toiminnan hallinnassa. Äärelän (2012) väitöskirjassakin nousi esille, se että vankilassa olevat käytösongelmaiset nuoret eivät kokeneet olleensa aikoinaan koulussa tahallaan vaikeita tai häiriöiksi ja he kokivat yrittävänsä parhaansa, mutta saivat siitä huolimatta negatiivista palautetta. Kyllästyminen jatkuvaan negatiiviseen palautteeseen johti siihen, että mielekyys ja kiinnostus koulussa olemiseen ja suhtautuminen opettajiin kärsi. Äärelän mukaan tahattomasti häirinneet olivat alkaneet vieraantua koulusta sinne sopimattomuuden kokemusten kautta, mikä ilmeni poissaoloina koulusta. (Äärelä, 2012, s. 146, 147). Varhainen puuttuminen ja varhainen tuki sekä nuoren yksilöllinen kohtaaminen ovat tärkeitä avainsanoja sen ennaltaehkäisemiseksi, jotta nuori ei vieraantuisi koulusta, mahdollisesti syrjäytyisi ja ajautuisi rikoskierteeseen.

Rikoksentorjunnan neuvottelukunta (1998) toteaa, että koulun merkitys nuoruuden ja aikuisiän rikollisuuden ja päihteidenkäytön ehkäisijänä on ilmeinen. Nuoret ovat koulun vaikutuspiirissä kehityskautensa tärkeimmät vuodet ja monet nuorten rikollisen käyttäytymisen taustatekijät liittyvä läheisesti kouluun, mikä taas tekee koulussa tapahtuvat interventiot erityisen tarpeelliseksi. (Rikoksentorjunnan neuvottelukunta, 1998.) Kandidaatintutkimuksen tarkoituksena oli teoreettisesti etsiä tietoa käyttäytymishäiriöiden ja nuorisorikollisuuden yhteydestä. Jatkossa Pro Gradu –tutkielmassa minua kiinnostaisi perehtyä tarkemmin, millaisia vaikutusmahdollisuuksia kouluilla on nuorisorikollisuuden torjunnassa, sekä teoriassa että empiirisesti.

Lähteet

- Aaltonen, M. (2012). *Koulupudokkuus ja työttömyys rikollisuuden taustatekijänä*. Rikoksentsorjunta seminaari. Tampere. Saatavilla: http://brottsforebyggandet.fi/material/attachments/rtn/rtn/jseminaarit/tampereenseminaarin2012alustukset/6CdYaa3p0/Mikko_Aaltonen_-_Koulupudokkuus_ja_syrjaytyminen_rikollisuuden_taustatekijoina.pdf
- Alegria, A., Radua, J. & Rubia, K.(2016). *Meta Analysis of fMRI Studies of Disruptive Behavior Disorders*. The American Journal of Psychiatry 173:11. Saatavilla:<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.15081089>
- Aronen, E. & Lindberg, N. (2016). Lasten ja nuorten käytöshäiriöt. Teoksessa K. Kumpulainen, E. Aronen, H. Ebeling, E. Laukkanen, M. Marttunen, K. Puura, A. Sourander (toim.). *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria*. Helsinki: Duodecim.
- Atjonen, P. (2010). *Akateemisen tutkielman raportointiopas*. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 25.10.2019. Saatavilla: https://www.uef.fi/documents/288084/393549/akateemisen_tutkielman_raportointiopas.pdf/cbcc2763-9539-4804-b9fd-10bdc4570b6
- Elonheimo, H. (2010). *Nuorisoriikollisuuden esiintyvyys, taustatekijät ja sovittelu*. Väitöskirja. Turun yliopisto. Saatavilla: <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/59505/AnnalesC299Elonheimo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Falk, A., Lee, S. & Chorpita, B. (2017). *Differential Association of Youth Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Anxiety With Delinquency and Aggression*. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. 46(5).
- Farrell, M. (2011). *The effective teacher's guide to behavioural and emotional disorders: Disruptive behaviour disorders, anxiety disorders, depressive disorders and attention deficit hyperactivity disorder* (2. ed.). London: Routledge.

- Fontainea, N., Brendge, M., Vitaroc, F., Boivind, M., Tremblaye, R. & Côté, S. (2019). *Longitudinal associations between delinquency, depression and anxiety symptoms in adolescence: Testing the moderating effect of sex and family socioeconomic status*. Journal of Criminal Justice. Volume 62, 58-65. Saatavilla: <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2018.09.007>
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (2013). *Tutki ja kirjoita*. (18. uud.p.). Helsinki: Tammi.
- Haapasalo, J. (2006). Kasvuympäristön varhaiset riskitekijät rikollisen käyttäytymisen kehityksessä. Teoksessa P. Honkatukia & J. Kivivuori (toim.). *Nuorisorikollisuus. Määrät, syyt ja kontrolli*. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 221, Nuorisotutkimusverkosto / Nuorisotutkimusseura julkaisuja 66, Nuorisasian neuvottelukunta, julkaisuja 33.
- Hodgins, S., De Brito, S. A., Chhabra, P., & Côté, G. (2010). *Anxiety disorders among offenders with antisocial personality disorders: A distinct subtype?* The Canadian Journal of Psychiatry. Vol 55, No 12. Saatavilla: <https://search-proquest-com.pc124152.oulu.fi:9443/docview/846730515/fulltextPDF/7614D51E818242ADPQ/1?accountid=13031>
- Honkatukia, P. & Kivivuori, J. (2006). *Nuorisorikollisuus. Määrä, syyt ja kontrolli*. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 221, Nuorisotutkimusverkosto / Nuorisotutkimusseura julkaisuja 66, Nuorisasian neuvottelukunta, julkaisuja 33.
- Isometsä, E. (2017a). Depressiiviset häiriöt. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen, T. Partonen & V. Aalberg (toim.). *Psykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Isometsä, E. (2017b). Ahdistuneisuushäiriöt. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen, T. Partonen & V. Aalberg (toim.). *Psykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Karlsson, L., Marttunen, M., Kumpulainen, K. (2016). Lasten ja nuorten mielialahäiriöt. Teoksessa K. Kumpulainen, E. Aronen, H. Ebeling, E. Laukkanen, M. Marttunen, K. Puura, A. Sourander (toim.). *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria*. Helsinki: Duodecim.

- Kivivuori, J. (2006). Nuorisorikollisuuden kehitys. Teoksessa P. Honkatukia & J. Kivivuori (toim.) *Nuorisorikollisuus: Määrä, syyt ja kontrolli*. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos.
- Komulainen, J., Lehtonen J. & Mäkelä, M. (2012). *Psykiatrian luokituskäsikirja - Psykiatrisk Klassifikation av sjukdomar - Suomalainen tautiluokitus ICD-10:n psykiatriaan liittyvät koodit*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Koponen, H. (2017). Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen, T. Partonen & V. Aalberg (toim.). *Psykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Korkeila, J. & Leppämäki, S. (2017), Keskushermoston kehitykseen liittyvät häiriöt. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen, T. Partonen & V. Aalberg (toim.). *Psykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Laki nuoren rikoksesta epäillyn tilanteen selvittämisestä 24.6.2010/633. Saatavilla: <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20100633>
- Marttunen, M., Eronen, M. & Henriksson, M. (2017). Persoonallisuushäiriöt. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen, T. Partonen & V. Aalberg (toim.). *Psykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Moilanen, I. (2012). ADHD. Teoksessa V. Dufva (toim.) *ADHD: Diagnosointi, hoito ja hyvä arki*. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Phillips, L.P., Greenon, J., Collett, B. & Gimpel, G. (2002). *Assessing ADHD Symptoms in Preschool Children: Use of the ADHD Symptoms Rating Scale*. Early Education & Development. Vol 13:3. Utah State University.
- Pihlakoski, L. & Rintahaka, P. (2016). Aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriö (ADHD). Teoksessa K. Kumpulainen, E. Aronen, H. Ebeling, E. Laukkanen, M. Marttunen, K. Puura, A. Sourander (toim.). *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria*. Helsinki: Duodecim.

- Polanczyk, G., Salum, G. Sugaya, L., Caye, A. & Rohde, L. (2015). *Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents*. The Journal of Child Psychology and Psychiatry 56:3, 345-365. Saatavilla: <https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jcpp.12381>
- Raevuori, A. (2012). Nuoren ADHD. Teoksessa V. Dufva & M. Koivunen (toim.). *ADHD: Diagnosointi, hoito ja hyvä arki*. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Ranta, K. & Koskinen, M. (2016). Ahdistuneisuushäiriöt. Teoksessa K. Kumpulainen, E. Aro-nen, H. Ebeling, E. Laukkanen, M. Marttunen, K. Puura, A. Sourander (toim.). *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria*. Helsinki: Duodecim.
- Rikoksentorjunnan neuvottelukunta. (1998). *Koulun mahdollisuudet rikollisuuden ehkäisyssä. -rikoksentorjunnan neuvottelukunnan asettaman koulutyöryhmän muistio*. Helsinki. Saatavilla: <https://rikoksentorjunta.fi/documents/5235988/5561291/1998+Koulun+mahdolli-suudet+rikollisuuden+ehk%C3%A4isyss%C3%A4>
- Ruoho, K., Ihatsu, M. & Kuorelahti, M. (2002). Käyttäytymishäiriöiset lapset ja nuoret. Teoksessa M. Jahnukainen (toim.). *Lasten erityishuolto- ja opetus Suomessa*. Helsinki: Lastensuojelun keskusliitto.
- Saarikkomäki, E. & Tanskanen, M. (2018). Nuorisorikollisuus. Teoksessa H. Niemi (toim.). *Rikollisuustilanne 2017. Rikollisuuskehitys tilastojen ja tutkimusten valossa*. Katsauksia 29/2018. Helsingin yliopisto. Kriminologian ja oikeuspolitiikan instituutti. Saatavilla: https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/239656/Katsauksia_29_Rikollisuustilanne_2017.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Salminen, A. (2011). *Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin*. Vaasan yliopisto. Saatavilla: https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf
- Sibley, M., Pelham, W., Molina, B., Gnagy, E., Waschbusch, D., Biswas, A., MacLean, M., Babinsk, D. & Karch, K. (2010). *The Delinquency Outcomes of*

Boys with ADHD with and Without Comorbidity. J Abnorm Child Psychol (2011) 39:21–32. Saatavilla: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s10802-010-9443-9.pdf>

Sourander, A., Elonheimo, H., Niemelä, S., Nuuttila, A-M., Helenius, H., Sillanmäki, L., Piha, J., Tamminen, T., Kumpulainen, K., Moilanen, I. & Almqvist, F. (2006). *Childhood Predictors of Male Criminality: A Prospective Population-Based Follow-up Study From Age 8 to Late Adolescence*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry Vol. 45(5).

Sourander, A. & Marttunen, M. (2016). Lasten ja nuorten mielenterveyden häiriöiden epidemiologia. Teoksessa: K. Kumpulainen, E. Aronen, H. Ebeling, E. Laukkanen, M. Marttunen, K. Puura & A. Sourander. (toim.) *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria*. Helsinki: Duodecim.

Takala, M. & Kontu, E. (2016). Oppimisvaikeuden ulottuvuuksia -lukemisen, käyttäytymisen ja kuulemisen haasteet. Teoksessa M. Takala, E. Kontu, R. Pirttimaa, R.S. Hausstätter & I. Kjälldman (toim.). *Erityispedagogiikka ja kouluikä*. [Helsinki]: Gaudeamus.

Taiminen, T. (2017). Määräkohteiset pelot. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen, T. Partonen & V. Aalberg (toim.). *Psykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Tilastokeskus. (2018). *Rikos- ja pakkokeinotilasto. Viranomaisten tietoon tullut rikollisuus vuonna 2017*. Oikeus 2018.

Äärelä, T. (2012). *”Aika paljón vaikuttaa minkälainen ilime opettajalla on naamalla” -Nuoret vangit kertovat peruskouluajoistaan*. Akateeminen väitöskirja. Lapin yliopisto.

Painamattomat lähteet:

Kaleva. (10.5.2019). *Poliisi: Viranomaiset ovat huolissaan kajaanilaisista nuorista -näpistyk-
siä, päihteitä ja häiriökäyttäytymistä*. Uutinen. Saatavilla: [https://www.kaleva.fi/uuti-
set/pohjois-suomi/poliisi-viranomaiset-ovat-huolissaan-kajaanilaisista-nuorista-napistyk-
sia-paihteita-ja-hairiokayttaytymista/819904/](https://www.kaleva.fi/uutiset/pohjois-suomi/poliisi-viranomaiset-ovat-huolissaan-kajaanilaisista-nuorista-napistyk-
sia-paihteita-ja-hairiokayttaytymista/819904/)

Koskinen, A. (31.10.2017). *Yläkoulun oppilaiden ilkivalta lähti käsistä Tampereella: Vaaral-
isia nuotioita, yöllisiä ajeluja, kuvia takapuolesta, varkauksia*. Aamulehti. Uutinen. Saa-
tavilla: <https://www.aamulehti.fi/a/200498568>

Kunnas, K. (3.10.2019). *Riihimäen KD-valtuustoryhmä haluaa psykiatrisen sairaanhoidon re-
surssien lisäämistä kouluihin – ”Häiriökäyttäytyminen lisääntynyt alakoulussakin”*. KD-
lehti. Uutinen. Saatavilla: [https://www.kdlehiti.fi/2019/10/03/riihimaen-kd-valtuusto-
ryhma-haluaa-psykiatrisen-sairaanhoidon-resurssien-lisaamista-kouluihin-hairiokayttay-
tyminen-lisaantynyt-alakouluissakin/](https://www.kdlehiti.fi/2019/10/03/riihimaen-kd-valtuusto-
ryhma-haluaa-psykiatrisen-sairaanhoidon-resurssien-lisaamista-kouluihin-hairiokayttay-
tyminen-lisaantynyt-alakouluissakin/)

Mattila, S. (23.10.2019). *Ryöstelevät ja väkivaltaiset nuoret piinaavat ihmisiä Espoossa -Poliisi
huolissaan: ”teräaseella uhkaaminen on vakava rikos”*. Iltalehti. Uutiset. Saata-
villa: <https://www.iltalehti.fi/kotimaa/a/74adf0d7-10fd-4579-92a8-0fc890c3e76b>

Liite 1

F90.0

AKTIIVISUUDEN JA TARKKAAVUUDEN HÄIRIÖ

Aktivitets- och uppmärksamhetsstörning

© 2017 Suomen Kuvalehti

Diagnostiset kriteerit:

Diagnoosiin tarvitaan poikkeavaa keskittymiskyvyttömyyttä, hyperaktiivisuutta ja levottomuutta, jotka ovat laajalaisia, useissa tilanteissa esiintyviä ja pitkäkestoisia ja jotka eivät johdu muista häiriöistä, kuten autismista tai mielialahäiriöistä.

G1. Keskittymiskyvyttömyys: Vähintään kuusi seuraavista oireista on kestänyt vähintään kuusi kuukautta ja oireet ovat haitaksi ja lapsen kehitystasoon nähden poikkeavia:

- (1) Huomion kiinnittäminen riittävän hyvin yksityiskohtiin epäonnistuu usein tai potilas tekee huolimattomuusvirheitä koulussa, työssä tai muissa tehtävissä
- (2) Keskittyminen leikkeihin tai tehtäviin epäonnistuu usein
- (3) Usein potilas ei näytä kuuntelevan, mitä hänelle puhutaan
- (4) Ohjeiden noudattaminen ja koulu-, koti- tai työtehtävien valmiiksi tekeminen epäonnistuvat usein (ei johdu uhmakkaasta käytöksestä tai kyvyttömyydestä ymmärtää ohjeita)
- (5) Kyky järjestää tehtäviä ja toimintoja on usein huonontunut
- (6) Usein potilas välttää tai kokee voimakkaan vastenmielisenä tehtävät, jotka vaativat psyykkisen ponnistelun ylläpitämistä, kuten esim. läksyt
- (7) Potilas kadottaa usein esineitä, jotka ovat tärkeitä tietyissä tehtävissä ja toiminnoissa, kuten koulutavaroita, kyniä, kirjoja, leluja tai työkaluja
- (8) Potilas häiriintyy usein helposti ulkopuolisista ärsykkeistä
- (9) Potilas on usein muistamaton päivittäisissä toiminnoissa

G2. Hyperaktiivisuus

Vähintään kolme seuraavista oireista on kestänyt vähintään kuusi kuukautta ja oireet ovat haitaksi ja lapsen kehitystasoon nähden poikkeavia:

- (1) Potilas liikuttelee usein levottomasti käsiään tai jalkojaan tai vääntelehtii tuolillaan
- (2) Potilas lähtee usein liikkeelle luokassa tai muualla tilanteissa, missä edellytetään paikalla pysymistä
- (3) Potilas juoksentelee tai kiipeilee usein tilanteissa, missä se ei kuulu asiaan (nuorilla tai aikuisilla voi esiintyä pelkkänä levottomuuden tunteena)
- (4) Potilas on usein liiallisen äänekkäs leikkiessään tai ei onnistu paneutumaan hiljaa harrastuksiin
- (5) Potilas on motorisesti jatkuvasti liian aktiivinen eikä aktiivisuus oleellisesti muutu sosiaalisen ympäristön mukaan tai ulkoisista vaatimuksista

G3. Impulsiivisuus

Vähintään kolme seuraavista oireista on kestänyt vähintään kuusi kuukautta ja oireet ovat haitaksi ja lapsen kehitystasoon nähden poikkeavia:

- (1) Potilas vastaa usein jo ennen kuin kysymykset ovat valmiita ja estää vastauksellaan toisten tekemiä kysymyksiä.
- (2) Potilas ei usein jaksu seistä jonossa tai odottaa vuoroaan peleissä tai ryhmissä.
- (3) Potilas keskeyttää usein toiset tai on tunkeileva (esim. tunkeutuu toisten keskusteluihin ja peleihin).
- (4) Potilas puhuu usein liian paljon ottamatta huomioon tilanteen vaatimaa pidättyväisyyttä.

G4. Häiriö alkaa viimeistään seitsemän vuoden iässä.

G5. Laaja-alaisuus

Diagnostisten kriteerien tulee täytyä useammassa kuin yhdessä tilanteessa, esim. tarkkaamattomuutta ja hyperaktiivisuutta tulee esiintyä sekä kotona että koulussa tai sekä koulussa että esim. vastaanotolla. Tavallisesti tarvitaan tietoa useammasta kuin yhdestä lähteestä. Esim. opettajan kertomus lapsen käytöksestä on yleensä välttämätön lisä vanhempien kertomuksiin.

G6. Kohtien A-C oireet aiheuttavat kliinisesti merkittävää ahdistusta tai sosiaalisten, opintoihin liittyvien tai ammatillisten toimintojen heikkenemistä.

G7. Ei ole diagnosoitavissa seuraavia sairauksia:

Maaninen jakso (F30)

Depressiivinen jakso (F32)

Ahdistuneisuushäiriöt (F41).

Laaja-alaiset kehityshäiriöt (F84)

Liite 1: Aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriö. Lähde: Psykiatrian luokituskäsikirja. Suomalaisen tautiluokitus ICD-10:n psykiatriaan liittyvät diagnoosit. THL.

Liite 2

Diagnostiset kriteerit:

G1. Toistuva ja pitkäaikainen käytösmalli, jossa rikotaan toisten perusoikeuksia tai iänmukaisen sosiaalisen käyttäytymisen perusnormeja tai -sääntöjä. Kesto vähintään kuusi kuukautta, jolloin lapsella tai nuorella on muutamia seuraavista oireista:

● Suorakulmio

- (1) kehitystasoon verrattuna epätavallisen paljon tai vaikeita kiukkukohtauksia
- (2) riitelee usein aikuisten kanssa
- (3) kieltäytyy usein aktiivisesti toteuttamasta aikuisten pyyntöjä tai uhmaa sääntöjä
- (4) tekee usein ilmeisen tarkoituksellisesti asioita, jotka ärsyttävät muita ihmisiä
- (5) syyttää usein muita omista virheistään tai huonosta käytöksestään
- (6) suuttuu herkästi tai on helposti toisten ärsytettävissä
- (7) on usein vihainen tai harmistunut
- (8) on usein ilkeä tai kostonhaluinen
- (9) usein valehtelee tai rikkoo lupauksia saadakseen hyötyä tai suosiota tai välttää velvollisuuksia
- (10) aloittaa usein fyysisiä tappeluja (ei sisällä sisarusten välisiä tappeluja)
- (11) on käyttänyt asetta, joka voi aiheuttaa vakavaa fyysistä vahinkoa toisille (esim. maila, tiiliskivi, rikottu pullo, puukko, ampuma-ase)
- (12) viipyy usein yömyöhään ulkona vanhempien kielloista huolimatta (alkanut ennen 13 vuoden ikää)
- (13) kohdistaa toisiin ihmisiin fyysistä julmuutta (esim. sitoo, viiltelee tai polttaa uhria)
- (14) kohdistaa fyysistä julmuutta eläimiin
- (15) tuhoaa tahallaan muiden omaisuutta (muulla tavalla kuin tulipalon sytyttämisellä)
- (16) sytyttää tarkoituksella tulipaloja, joissa vakavan vahingon riski,
- (17) varastaa tärkeitä tai arvokkaita tavaroita kotoa tai muualta, ei vahingoita uhria (esim. myymälävarkaus, murto, väärennys)
- (18) usein koulupinnausta (alkanut ennen 13 vuoden ikää)
- (19) on karannut kodista tai sijaiskodista vähintään kahdesti ja on karannut kerran pidemmäksi aikaa kuin yhdeksi yöksi (ei sisällä pakenemista fyysisen tai seksuaalisen väkivallan seurauksena)
- (20) tekee rikoksen uhria vahingoittaen (esim. käsilaukun sieppaaminen, muu väkivaltainen ryöstö, kiristys)
- (21) pakottaa toisen henkilön sukupuoliyhteyteen kanssaan
- (22) kiusaa ja pelottelee usein toisia (esim. tahallinen kivun tai vamman aiheuttaminen, jatkuva uhkailu, ahdistelu, vainoaminen tai häirintä)
- (23) murtautuu toisen henkilön asuntoon, muuhun rakennukseen tai autoon.

Kohdissa 11, 13, 15, 16, 20, 21 ja 23 mainittujen oireiden esiintyminen vain kerran riittää kriteerin täyttymiseen.

G2. Ei ole diagnosoitavissa seuraavia sairauksia:

Skitsofrenia (F20)

Mania (F30)

Depressio (F32)

Asosiaalinen persoonallisuushäiriö (F60.2)

Laaja-alaiset kehityshäiriöt (F84)

Hyperkineettiset häiriöt (F90)

Samanaikaiset käytös- ja tunnehäiriöt (F92).

Lapsuusiässä alkavat tunne-elämän häiriöt (F93)

Vaikkei alkamisikää koodata, on suositeltavaa, että se rekisteröidään sairauskertomukseen:

Lapsuusiässä alkanut häiriö: vähintään yksi käytöshäiriön oireista alkanut ennen 10 vuoden ikää,

Nuoruusiässä alkanut häiriö: käytöshäiriöt eivät ole alkaneet ennen 10 vuoden ikää.

Liite 2: Käytöshäiriöt. Lähde: Psykiatrian luokituskäsikirja. Suomalaisen tautiluokitus ICD-10:n psykiatriaan liittyvät diagnoosit. THL.

Liite 3

F91.3

UHMAKKUUSHÄIRIÖ

Trotssyndrom

● Suorakulmio

Huom.

Uhmakkuushäiriö diagnoosia on käytettävä varoen, varsinkin vanhemmilla lapsilla, koska kliinisesti merkittävään muuhun käytöshäiriöön tavallisesti liittyy uhmakkuushäiriön oireita. Monet asiantuntijat ovatkin sitä mieltä, että uhmakkuushäiriö on käytöshäiriöiden lieväasteinen muoto eikä laadullisesti erityyppinen häiriö. Uhmakkuushäiriö voi edeltää muuta käytöshäiriötä.

Uhmakkuushäiriötä esiintyy tyypillisesti 9-10-vuotiailla lapsilla. Häiriössä esiintyy pitkäkestoista negativistista, vihamielistä, uhmakasta, provokatiivista ja hajottavaa käytöstä, joka on selvästi samanikäisten ja samassa sosiokulttuurallisessa ympäristössä elävien lasten käyttäytymisen normaalirajojen ulkopuolella. Lapset, joilla on uhmakkuushäiriö, uhmaavat usein ja aktiivisesti aikuisten vaatimuksia ja sääntöjä ja tahallisesti ärsyttävät muita ihmisiä. He syyttävät muita ihmisiä omista virheistään ja vaikeuksistaan ja tulevat helposti vihaisiksi, kaunaisiksi ja ärsyyntyvät toisille ihmisille helposti. Heillä on yleensä matala frustraation sietokyky ja he menettävät helposti malttinsa. Tyypillisesti uhmakkuus on provokatiivista laadultaan siten, että he aloittavat yhteenotot. Yleensä heillä ilmenee huomattavaa työkeyttä, yhteistyökyvyttömyyttä ja auktoriteettien vastustamista. Usein tämä käytös on selvintä vuorovaikutuksessa lapsen hyvin tuntemien aikuisten ja samanikäisten lasten kanssa. Häiriön merkit voivat jäädä piiloon kliinisessä haastattelussa.

Diagnostiset kriteerit:

A Häiriö täyttää käytöshäiriöiden (F91) yleiset kriteerit.

B. Neljä tai useampia oireista, jotka on lueteltu F91:n diagnostisissa kriteereissä kohdassa A, mutta ei enempää kuin kaksi kohdista 9-23.

C. Kriteerissä B esitettyjen oireiden tulee olla haitaksi ja lapsen kehitystasoon nähden poikkeavia.

D. Vähintään neljä oireista kestoaltaan vähintään kuusi kuukautta.

Liite 3: Uhmakkuushäiriö. Lähde: Psykiatrian luokitus käsikirja. Suomalaisen tautiluokitus ICD-10:n psykiatriaan liittyvät diagnoosit. THL.

Liite 4

F41.0

PANIKKIHÄIRIÖ (KOHTAUKSITTAINEN AHDISTUS)

Paniksyndrom [episodisk paroxysmal ångest]

Diagnostiset kriteerit:

A. Henkilöllä esiintyy toistuvia paniikkikohtauksia ennalta arvaamattomissa ja vaihtelevissa tilanteissa, jotka eivät ole erityisen rasittavia tai vaarallisia.

B. Paniikkikohtaukseen liittyvät kaikki seuraavat piirteet:

(1) kohtaous on intensiivisen pelottava tai epämiellyttävä erillinen kokemus

(2) kohtaous alkaa äkillisesti

(3) kohtauksen voimakkuus saavuttaa huippunsa muutaman minuutin kuluessa ja kohtaous kestää vähintään muutamman minuutin ajan

(4) kohtaukseen liittyy vähintään neljä seuraavista oireista, joista yhden täytyy olla jokin oireista a-d:

Autonomisen kiihotustilan oireet

(a) sydämentykytyks tai tunne, että sydän hakkaa tai kohonnut pulssi

(b) hikoilu

(c) vapina

(d) suun kuivuminen, joka ei johdu nestehukasta tai lääkkityksestä

Rinnan ja vatsan alueen oireet

(e) hengitysvaikeudet

(f) tukehtumisen tunne

(g) rintakipu tai epämiellyttävä tunne rinnassa

(h) pahoinvointi tai vatsakipu (esim. vatsanväännteet)

Psyykkiset oireet

(i) pyörryttävä, huimaava, sekava tai epävakainen olotila

(j) tunne siitä, että ympäristö on epätodellinen (derealisaatio) tai että itse on kuin jossain kaukaisuudessa tai "poissa tästä maailmasta" (depersonalisaatio)

(k) pelko itsehallinnan menettämisestä, sekoamisesta tai pyörtymisestä

(l) kuolemanpelko

Yleisoireet

m) kuumat aallot tai vilunväristykset

n) ihon puutuminen tai pistely

C. Tavallisimmat poissulkudiagnoosit. Paniikkikohtaukset eivät johdu elimellisestä sairaudesta, harhaluuloista, aisti-harjoista, elimellisestä mielenterveyden häiriöstä (F00-F09), skitsofreniaryhmän häiriöstä (F20-F29), mielialahäiriöstä (F30-F39) tai somatisaatiohäiriöstä (F45).

Paniikkikohtaus (F41.0) pelkoa aiheuttavassa tilanteessa kuvaa pelko-oireen vaikeutta ja siten häiriö luokitellaan pelko-oireiseksi häiriöksi. Paniikkihäiriötä tulisi käyttää diagnoosina vain silloin, kun häiriö ei täytä minkään pelko-oireisen häiriön kriteerejä (F40).

Paniikkikohtaukset voivat olla masennusjakson johdannaisoireita erityisesti miehillä. Tällöin tulisi käyttää masennusjakson diagnoosia, mikäli häiriö täyttää masennusjakson kriteerit.

Diagnostiset kriteerit:

A. Henkilö pelkää tai välttää vähintään kahta luettelossa mainittua tilannetta tai paikkaa:

- (1) väkijoukot
- (2) julkiset paikat
- (3) yksin matkustaminen
- (4) kotoa lähteminen

B. Pelkoa aiheuttavassa tilanteessa on ilmennyt vähintään kaksi ahdistusoiretta yhtäaikaaisesti ainakin kerran ja toisen oireen täytyy olla jokin kohtien 1-4 oireista:

Autonomiset oireet

- (1) sydämentykytyks tai sydämen hakkaamisen tunne tai kohonnut pulssi
- (2) hikoilu
- (3) vapina
- (4) suun kuivuminen, joka ei johdu nestehukasta tai lääkityksestä

Rinnan ja vatsan alueen oireet

- (5) hengitysvaikeudet
- (6) tukehtumisen tunne
- (7) rintakipu tai epämiellyttävä tunne rinnassa
- (8) pahoinvointi tai vatsakipu (esim. vatsanväänneet)

Psyykkiset oireet

- (9) pyörryttävä, huimaava, sekava tai epävakainen olotila
- (10) tunne siitä, että ympäristö on epätodellinen (derealisaatio) tai että itse on kuin jossain kaukaisuudessa tai "poissa tästä maailmasta" (depersonalisaatio)
- (11) itsehallinnan menettämisen, sekoamisen tai tajunnan menettämisen pelko
- (12) kuolemanpelko

(13) kuumat aallot tai vilunväristykset

(14) ihon puutuminen tai pistely

C. Ahdistuneisuus- tai välttämisoireet aiheuttavat huomattavaa tuskaisuutta ja henkilö tunnistaa, että oireet ovat tilanteisiin nähden kohtuuttomia tai epätarkoituksenmukaisia.

D. Oireet rajoittuvat kokonaan tai pääasiassa pelkoa aiheuttaviin tilanteisiin tai niiden ajattelemiseen.

E. Tavallisimmat poissulkudiagnoosit: Pelko tai välttämiskäyttäytyminen ei johdu harhaluuloista, aistiharhoista, elimellisestä mielenterveyden häiriöstä (F00-F09), skitsofreniaryhmän häiriöstä (F20-F29), mielialahäiriöstä (F30-F39) tai pakko-oireisesta häiriöstä (F42) eikä se liity kulttuurin mukaisiin uskomuksiin.

F40.1**SOSIAALISTEN TILANTEIDEN PELKO**

Social fobi

Diagnostiset kriteerit:

A. Jompikumpi seuraavista:

(1) Huomattava pelko huomion kohteeksi joutumisesta tai pelko siitä, että oma käyttäytyminen johtaisi nöyryytykseen tai nolostumiseen.

(2) Huomattava pyrkimys välttää tilanteita, missä voisi joutua huomion kohteeksi tai sellaisia tilanteita, missä esiintyy pelko siitä, että oma käyttäytyminen johtaisi nöyryytykseen tai nolostumiseen.

Pelot ilmenevät julkisissa ruokailu- tai esiintymistilanteissa, ennestään tuttuja henkilöitä kohdattaessa tai osallistuttaessa rajattuihin ryhmätilanteisiin kuten juhliin, kokouksiin tai opetustapahtumiin.

B. Ainakin kaksi kohdan F40.0 kriteerissä B mainittua ahdistusoiretta on ilmennyt pelkoa aiheuttavassa tilanteessa ja lisäksi todetaan jokin seuraavista oireista:

(1) punastuminen tai vapina

(2) oksentamisen pelko

(3) virtsaamisen tai ulostamisen pelko tai tihentynyt tarve

C. Ahdistuneisuus- tai välttämisoireet aiheuttavat huomattavaa tuskaisuutta.

D. Henkilö tunnistaa, että oireet ovat tilanteisiin nähden kohtuuttomia tai epätarkoituksenmukaisia.

E. Oireet rajoittuvat kokonaan tai pääasiassa pelkoa aiheuttaviin tilanteisiin tai niiden ajattelemiseen.

F. Tavallisimmat poissulkudiagnoosit: Pelko tai välttämiskäyttäytyminen ei johdu harhaluuloista, aistiharhoista, elimellisestä mielenterveyden häiriöstä (F00-F09), skitsofreniaryhmän häiriöstä (F20-F29), mielialahäiriöstä (F30-F39) tai pakko-oireisesta häiriöstä (F42) eikä se liity kulttuurin mukaisiin uskomuksiin.

F40.2**MÄÄRITETYT (YKSITTÄISET) PELOT**

Specifika (avgränsade) fobier

Diagnostiset kriteerit:

A. Jompikumpi seuraavista:

Huomattava tilanne- tai kohdesidonnainen pelko, joka ei liity julkisten paikkojen (F40.0) tai sosiaalisten tilanteiden (F40.1) pelkoon.

Huomattava tilanne- tai kohdesidonnainen välttämiskäyttäytyminen, joka ei liity julkisten paikkojen (F40.0) tai sosiaalisten tilanteiden (F40.1) pelkoon.

B. Jossakin vaiheessa on ollut kohdan F40.0 kriteeriin B sisältyviä ahdistusoireita pelottavaan tilanteeseen tai kohteeseen liittyen.

C. Ahdistus- tai välttämisoireet aiheuttavat huomattavaa tuskaisuutta ja henkilö tunnistaa, että oireet ovat tilanteisiin nähden kohtuuttomia tai epätarkoituksenmukaisia.

D. Oireet rajoittuvat pelkoa aiheuttaviin tilanteisiin tai niiden ajattelemiseen.

Määritetyt pelot voidaan jaotella seuraavasti:

- eläinpelot (hyönteiset, koirat)

- luonnonvoimiin liittyvät pelot (myrsky, vesi)

- veren, pistosten ja vammojen pelot

- tilannekohtaiset pelot (hissit, tunnelit)

- muun tyyppiset pelot

Diagnostiset kriteerit:

A. Vähintään kuuden kuukauden ajan on esiintynyt korostunutta jännittyneisyyttä, huolestuneisuutta ja pelokkuutta suhteessa arkipäivän tapahtumiin ja ongelmiin.

B. Esiintyy vähintään neljä seuraavista oireista, joista yhden täytyy olla jokin oireista 1- 4:

Autonomisen kiihotustilan oireet

(1) sydämentykytykset tai tunne, että sydän hakkaa, tai kohonnut pulssi

(2) hikoilu

(3) vapina

(4) suun kuivuminen, joka ei johdu nestehukasta tai lääkityksestä

Rinnan ja vatsan alueen oireet

(5) hengitysvaikeudet

(6) tukehtumisen tunne

(7) rintakipu tai epämiellyttävä tunne rinnassa

(8) pahoinvointi tai vatsakipu (esim. vatsanväänteet)

Psyykkiset oireet

(9) pyörryttävä, huimaava, sekava tai horjuva olotila

(10) tunne siitä, että ympäristö on epätodellinen (derealisaatio) tai että itse on kuin jossain kaukaisuudessa tai "poissa tästä maailmasta" (depersonalisaatio)

(11) pelko itsehallinnan menettämisestä, sekoamisesta tai tajunnan menettämisestä

(12) kuolemanpelko

Yleisoireet

(13) kuumat aallot tai vilunväristykset

(14) ihon puutuminen tai pistely

Jännitysoireet

(15) lihasjännitys, -säryt tai -kivut

(16) levottomuus ja kykenemättömyys rentoutua

(17) hermostuneisuuden tunne

(18) nielemisvaikeudet tai palan tunne kurkussa

Muut oireet

(19) korostuneet reaktiot yllättävissä tilanteissa tai herkkyyks pelästyä

(20) keskittymisvaikeudet tai mielen tyhjäksi pyyhkiytyminen ahdistuksen tai huolestuneisuuden takia

(21) jatkuva ärtyneisyys

(22) huolestuneisuuden aiheuttama nukahtamisvaikeus

C. Häiriö ei täytä masennusjakson (F32), paniikkihäiriön (F41.0), pelko-oireisen häiriön (F40), pakko-oireisen häiriön (F42) tai hypokondrisen häiriön (F45.2) kriteereitä.

D. Tavallisimmat poissulkudiagnoosit: Ahdistuneisuus ei aiheudu elimellisestä sairaudesta, kuten hypertyreosista

(E05), elimellisestä mielenterveyden häiriöstä (F00-F09), päihteiden käytöstä (F10-F19), esimerkiksi amfetamiinin käytöstä tai bentsodiatsepiinien vieroitusoireista.

Liite 4: Ahdistuneisuushäiriöt. Lähde: Psykiatrian luokituskäsi kirja. Suomalaisen tautiluokitus ICD-10:n psykiatriaan liittyvät diagnoosit. THL.

Liite 5

F32

Masennustila

Depressiv episod

Diagnostiset kriteerit:

G1. Masennusjakso on kestänyt vähintään kahden viikon ajan.

G2. Henkilöllä ei ole aiemmin ollut hypomaanista tai maanista jaksoa (F30)

G3. Tavallisimmat poissulkudiagnoosit: Oireisto ei johdu päihteiden käytöstä (F10-F19) tai elimellisestä mielenterveyden häiriöstä (F00-F09).

Lievän ja keskivaikean masennuksen (F31.3, F32.0, F32.1, F33.0 ja F33.1) yhteydessä ilmaistaan viidennellä merkillä ns. somaattisen oireyhtymän olemassaolo. Somaattisen oireyhtymän diagnoosi edellyttää, että potilaalla todetaan neljä seuraavista oireista:

1) mielenkiinnon ja mielihyvän tunteen menettäminen

2) herääminen aamuisin monta tuntia tavanomaista aiemmin

3) masennuksen paheneminen aamuisin

4) huomattava psykomotorinen hidastuminen

5) kiihtymys

6) ruokahaluttomuus

7) painon lasku

8) libidon heikkeneminen

F33

Toistuva masennus

Recidiverande depressioner

Diagnostiset kriteerit:

G1. Aiemmin on esiintynyt vähintään kaksi viikkoa kestänyt masennusjakso (F32.0- F32.3) ja nykyistä masennusvaihetta edeltää vähintään kaksi kuukautta kestänyt jakso, jolloin ei ole esiintynyt mielialahäiriön oireita.

G2. Ei ole esiintynyt hypomaanista tai maanista vaihetta (F30)

G3. Tavallisimmat poissulkudiagnoosit: Häiriö ei johdu päihteiden käytöstä (F10-F19) tai elimellisestä mielenterveyden häiriöstä (F00-F09).

Aiemmat sairausvaiheet suositellaan luokiteltavaksi niiden vaikeusasteen mukaan (lievä, keskivaikea, vaikea-asteinen, tarkemmin määrittämätön).

Liite 5. Masennus. Lähde: Psykiatrian luokitus käsikirja. Suomalaisen tautiluokitus ICD-10:n psykiatriaan liittyvät diagnoosit. THL.